

第

号

市町名(

)

館林市外五町地域生活支援拠点事前登録申請書

各市町長 様

次の通り申請します

申請日 年 月 日

本人	ふりがな					性別	本人情報			
	氏名						主治医			
							既往歴			
	生年月日	(歳)				アレルギー				
	現住所					服薬				
	電話番号	- -				保険証				
家族等	氏名	続柄	生年月日	同居の有無	健康状況等	介護認定等	本人の主たる養護者			
手帳	身体障害者手帳	級	(手帳No.)			家系				
	療育手帳		(手帳No.)							
	精神保健福祉手帳	級	(手帳No.)							
	その他									
サービス	受給者番号	()								
	障害支援区分	区分()・非該当・区分認定なし								
	相談支援事業所	()								
	利用事業所	()								
	その他	()								
手当等	年金	(級)								
	福祉医療・自立支援医療									
	その他									
緊急連絡先 (同居人以外)	氏名					電話番号				
	住所						続柄			
緊急連絡先 (同居人以外)	氏名					電話番号				
	住所						続柄			

(裏面)

項目	チェック	特記事項(※基本情報を添付する場合は省略可)
食事	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
排泄	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
入浴	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
整容面	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
移動	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
対人面	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	
行動面	<input type="checkbox"/> 支援不要	
	<input type="checkbox"/> 部分支援	
	<input type="checkbox"/> 全面支援	

館林市外五町地域生活支援拠点事前登録申請に当たり、緊急時の対応を円滑に行うため、登録した情報を支援者および関係機関等に提供することについて同意します。

氏名 _____

※ 代理申請の場合、代理人は以下に署名してください
(代理人)

氏名 _____
〒 _____

住所 _____

申請者との関係 _____

電話番号 _____