

記 入 例

様式第3号(第7条関係)

障害児(者)生活サポート事業利用登録申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

加須市長 様

申請者 氏名 加須 花子
本人との続柄 母

加須市障害児(者)生活サポート事業実施要綱第7条第1項の規定により、利用登録を申請します。

登録番号			
本人 氏名	加須 一郎(男・女)	個人番号	
本人 住 所	加須市下三俣290	電話	0480-62-1111
生 年 月 日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
保 護 者 氏 名	加須 花子	個人番号	
保 護 者 住 所	加須市下三俣290 電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
緊急時連絡先 (勤務先等)	名称 ○○株式会社(母の勤め先) ※母の携帯電話も可 電話 0480-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
日常生活の状況 (障害の状況、 介護に当たって の注意点等)	日常生活の場	平日は〇〇園に通所。箱折などの軽作業を行っている。集中力が続かず作業はすぐに飽きてしまう。 また、興味を引かれるものがあると周囲の状況に関係なく走りだしてしまう。	
	既 往 症	てんかん(発作はない)	
	かかりつけの 医 院 (病 院)	〇〇病院 電話 0120-〇〇〇〇-〇〇〇〇 主治医 ○○ ○○	
	服 薬 状 況	朝晩にてんかん薬を服薬	
手帳所持状況等	身体障害者手帳	有	無(手帳等級 級)
	療 育 手 帳	有	無(程度 A)
	精神障害者保健福祉手帳	有	無(手帳等級 級)
難病等病名:			
その他の判定等: 判定機関 埼玉県総合リハビリテーションセンター 判定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日			

※難病等患者の方は、診断書又は特定疾患医療受給者証等の写しを添付してください。

利用者が18歳未満の場合は、裏面の同意書に記入をお願いします。

同 意 書

加須市障害児（者）生活サポート事業の利用に係る利用者世帯階層区分の認定にあたり、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の課税状況等について、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 加須市下三俣290

氏 名 加須 一郎

加須市長様