

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

年 月 日

加須市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

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	(男・女)	個人番号	
本人住所	電話		
生年月日	年	月	日
保護者氏名		個人番号	
保護者住所	電話		
緊急時連絡先 (勤務先等)	名称	電話	
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		
	既往症		
	かかりつけの 医院(病院)	電話	主治医
	服薬状況		
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	)
	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	判定年月日

※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・押印をお願いします。**

# 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。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

加 須 市 長 様