

いちかわし ちいき せいかつ しえん きよてん とう じぎょう とうろく ようし  
**市川市地域生活支援拠点等事業 登録用紙**



私は、市川市地域生活支援拠点等事業の利用にあたり、次のとおり申し込みます。 年 月 日

本人 (緊急時支援などを受ける人)	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名					<input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 - )				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳
	電話番号	☎ - -				
障がいの別・等級	<input type="checkbox"/> 身体障がい ( ) 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい ( ) 級 <input type="checkbox"/> 知的障がい ( ) 級 <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 難病等認定 診断名 ( )					
緊急連絡先・代理人	ふりがな	本人との関係	本人の家族構成			
	氏名		氏名	年齢	続柄	同居・別居 (○で囲む)
	住所					同・別
	※本人と同居の場合は記載不要					同・別
	電話番号					同・別
障害福祉サービス	利用しているサービス事業所 1	サービス事業所名	担当			
	利用しているサービス事業所 2	サービス事業所名	担当			
	サービス等利用計画	<input type="checkbox"/> 本人・ご家族等で自ら作成 (セルフプラン) <input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所が作成				
関係機関 (主治医・病院・学校など)	関係機関 1	名称 (病院・学校など)			所属 (学年・組など)	
		担当 (主治医・担任など)			本人との関係	
	関係機関 2	名称 (病院・学校など)			所属 (学年・組など)	
		担当 (主治医・担任など)			本人との関係	
	関係機関 3	名称 (病院・学校など)			所属 (学年・組など)	
		担当 (主治医・担任など)			本人との関係	

【重要：必ずお読みください】登録には、以下のことにご同意ください。

緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び支援者の個人情報をコーディネーターが市、障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得し、又は共有することに同意します。	同意の場合は <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
---	--

※コーディネーターが取得した登録者に関する情報は、緊急時の支援その他本事業の運営に必要な場合のみ使用し、それ以外の場合に使用することはありません。

(太線の枠内の項目は必ずご記入ください。)