緊急時支援事業利用登録届

鹿沼市長　あて

鹿沼市緊急時支援事業を利用したいので登録を申請します。

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に提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| （申請者） | 印 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 住 所（申請者） | 鹿沼市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | 性　別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 自宅の連絡先 | （　　　） | | | 携帯電話番号 | | | | | （　　　） | | | | | | | |
| 障がい種別 | 身体（　 級）・知的（　　）・精神（　 級）・その他（ 　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障がい名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先１ |  |  | | | 電話番号 | | | | （　　　） | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | 続柄 | |  | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先２ |  |  | | | | 電話番号 | | | | （　　　） | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | 続柄 | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉サービスを利用している方 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談支援事業所名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉サービス事業所名  (複数記入可) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ※代理申請の場合は、下記の欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名（代理人） | 印 | | | | | | 電話番号 | | | | （　　　） | | | | | |
| 住 所（代理人） | 鹿沼市 | | | | | | | | | | | 申請者との関係 | |  | | |