

滑川市地域生活支援拠点等事業利用（変更）登録申請書

年 月 日現在

★ 太 枠 は 必 須

フリガナ 氏名	生年月日			性別	
	昭・平・令 年 月 日			男・女	
住所	〒 - 滑川市		電話番号		
緊急時の 連絡先	優先 順位	氏 名	続柄	住所又は連絡先の名称	電話番号
	①				自宅： 携帯：
	②				自宅： 携帯：
かかりつけ の医院等	名 称		診療科	主治医	電話番号
制度利用 状況	お持ちのものを○で囲ってください				
	<ul style="list-style-type: none"> • 身体障害者手帳 • 障害福祉サービス受給者証 		<ul style="list-style-type: none"> • 療育手帳 • 自立支援医療 		<ul style="list-style-type: none"> • 精神保健福祉手帳
希望する 支援	○で囲ってください				
	① 相談		② 緊急時の受け入れ・対応		③ 体験の機会・場
緊急支援時 の要望					
その他 特記事項					

申請者の個人情報について、当事業を受託したコーディネーターが、滑川市から情報の提供を受け、利用することに同意します。

本人署名 _____

代理人署名 _____

滑川市地域生活支援拠点事業等利用（変更）登録申請書

記載例

年 月 日現在

★ 太 枠 は 必 須

フリガナ 氏名	ナメリカワ タロウ		生年月日	性別
	滑川 太郎		昭平・令 45年 11月 1日	男・女
住所	〒936-8601 滑川市 寺家町104		電話番号	475-2111
	優先 順位	氏名	続柄	住所又は連絡先の名称
緊急時の 連絡先	①	滑川 花子	子	富山市〇〇
				自宅：438-□〇〇〇 携帯：080-△△△△-□□□□
	②			自宅： 携帯：
普段から通っている病院、医院、薬局等を記載してください。				
かかりつけ の医院等	名称	診療科	主治医	電話番号
	厚生連滑川病院	精神科	◇◇先生	475-1000
	くるまたにクリニック	内科	▽▽先生	476-5122
制度利用 状況	お持ちのものを○で囲ってください			
	○身体障害者手帳 ○障害福祉サービス受給者証	・療育手帳 ・自立支援医療	・精神保健福祉手帳	
希望する 支援	○で囲ってください			
	① 相談	② 緊急時の受け入れ・対応	③ 体験の機会・場	
緊急支援時 の要望	<ul style="list-style-type: none"> ・移動時は車椅子に乗っていますので車椅子介助ができる方をお願いします。 ・毎朝と夕にインスリンを自己注射しています。 			
その他 特記事項	緊急支援をする際に申し送りたい事や要望を記載してください。 (例) ・移動時の要望 ・居間や寝室はどの辺りか。・禁忌品などはないか等			

申請者の個人情報について、当事業を受託したコーディネーターが、滑川市から情報の提供を受け、利用することに同意します。

記載していただいた個人情報の収集や活用について同意していただける旨の署名をお願いします。
本人署名が困難な場合は、代理人署名の記載をお願いします。

本人署名 滑川 太郎

代理人署名