

受付番号: \_\_\_\_\_

## 宗像市地域生活支援拠点等緊急時利用登録書

令和 年 月 日

宗像市長 様

記入者 住所 \_\_\_\_\_

※代理人の場合本人との関係 氏名 \_\_\_\_\_

( ) 電話 \_\_\_\_\_

私は、宗像市地域生活支援拠点等の利用にあたり、次のとおり登録します。

利用者	氏名	(フリガナ) _____	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 _____	電話番号( _____ )	_____
	対象区分 (該当項目の□にレ印を付けてください)			
	<input type="checkbox"/> 身体障がい	身体障害者手帳(障がい種別: _____ 等級: _____ 種 級)		
	<input type="checkbox"/> 精神障がい	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(等級: _____ 級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)		
	<input type="checkbox"/> 知的障がい	療育手帳(程度: <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B )		
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
同居者	氏 名	生年月日	続柄	健康状態、その他特記事項
	(フリガナ)	大昭平 年 月 日		
	(フリガナ)	大昭平 年 月 日		
障害年金等受給	<input type="checkbox"/> 有 (種別・等級: _____ ) <input type="checkbox"/> 無		生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
以下について同意します。 私は、宗像市地域生活支援拠点等整備事業実施要綱第3条に規定する機能を利用するにあたり、個人情報及び今回の調査で知り得た情報について、市が、障害福祉サービス事業者等の関係機関へ提供することに同意します。 署名(本人又は保護者) _____ 印 _____ ※自署の場合、押印は不要です。 ※取得した情報は、上記のほか、緊急時の支援、本事業の運営に必要な場合を除き使用しません。				

(太線の枠内のみ記入ください。)

以下については、聞き取りの際に係員が記録しますので、記入不要です。

障害福祉サービスの利用状況	
区分認定状況	<input type="checkbox"/> 有 (区分: _____ 有効期間: _____ ) <input type="checkbox"/> 無
指定相談支援事業所	事業所名: _____ 担当: _____
	連絡先: _____
<input type="checkbox"/> 通所系サービス(内容: _____ )	

事業所名:	担当者:	連絡先:
□訪問系サービス(内容: )		
事業所名:	担当者:	連絡先:
□短期入所 事業所名: 担当者:		

医療機関等の状況	
□かかりつけ医療機関(医療機関名: )	
□かかりつけ薬局 (薬局名: )	
内服薬:	
□訪問診療(医療機関名: )	
□訪問看護(事業所名: )	
本人の日常生活状況(困りごとなども記入)	
食事	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
排泄	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
入浴	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
移動	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
意志疎通	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
判断力・記憶	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
危険の認識・回避	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
衣服着脱	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全て介助が必要
【その他特記事項】	