

釧路市障がい者地域生活支援拠点等事業に伴う事前登録申請書

釧路市長 宛

次のとおり、釧路市障がい者地域生活支援拠点等事業に伴う事前登録を希望するため申請します。また、計画相談支援事業所に釧路市障がい者地域生活支援拠点等事業に伴う事前登録シートの作成を依頼し、緊急時に備えて、支援関係者、コーディネーター等にこれを提供することに同意いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名

印

1. 登録希望者

氏名		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	

2. 登録希望者の状況

手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級)	世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		<input type="checkbox"/> 家族と同居 (障がい者のみの世帯)
	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 (級)		<input type="checkbox"/> 家族と同居 (家族が疾病あり)
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療		<input type="checkbox"/> 家族と同居 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

利用申請受付日	令和 年 月 日	事前登録シート受付日	令和 年 月 日	登録番号				
---------	----------	------------	----------	------	--	--	--	--