第３号様式（第５条関係）

萩市障がい者緊急安心サポート事業

利用登録申請書兼同意書

届出日：　　　　　年　　　月　　　日

萩市障がい者緊急安心サポート事業に登録申請をします。

申請に当たっては、緊急時の対応を円滑に行うため、以下について同意します。

①登録した情報を支援者に提供すること

　②支援のために敷地や家屋等へ立ち入ること

③身体介護を受けること

　なお、緊急時の対応の際に不慮の事故が発生した場合においては、支援者に対して、その責任を追及しません。

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代理人（家族）　　　　　　　　　　　　　　㊞

　連絡先

　代筆者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者 | フリガナ |  | | | | | ◆家族構成 | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　歳（男･女） | | | | |
| 住　　所 | ℡：　　　（　　　）　　　　　　　地図を添付 | | | | |
| 障害の種類･程度 | ①　身体障害手帳（　　　種　　　級）  　　障害名：  ②　療育手帳　Ａ・Ｂ　　（有効期限　　　年　　　月まで）  ③　精神障害者保健福祉手帳　１・２・３　（有効期限　　　年　　　月まで）  　　その他確認書類（自立支援医療受給者証・年金証書）  ④　難病　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 医療機器・医療的ケア等の状況 | □点滴の管理　　□中心静脈栄養（ＩＶＨ）　□透析　　□ストーマの処置（人工肛門）  □酸素療養　　　□レスピレーター（人工呼吸器）　　　□気管切開の処置  □疼痛の管理 　□経管栄養（ □胃ろう　□腸ろう　□鼻 ）  □喀痰吸引処置（回数　　　　回／日） □間歇的導尿  □モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） □じょくそうの処置  □カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル　等）  □ペースメーカー　　□インシュリン注射  □摘便　　□膀胱洗浄　　　□吸入（ネブライザー）　□鼻咽頭エアウェイ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 障害支援区分：なし　１ ２ ３ ４ ５ ６  ※要介護認定　なし　要支援 １ ２　要介護 １ ２ ３ ４ ５  生活保護の受給　有・無　　（担当ケースワーカー　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 主たる支援者：　　　　　　　　　　　※健康状態等 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | | | 続柄 | 住所 | | 電話番号 | |
|  | | |  |  | | 電話 | |
| 携帯 | |
|  | | |  |  | | 電話 | |
| 携帯 | |
| 利用サービス・支給量等 | サービス種類 | | 支給量 | | サービス事業所 | 担当者 | | 連絡先等 |
| 計画相談支援等 | | ― | |  |  | |  |
| 短期入所 | |  | |  |  | |  |
| グループホーム  （体験利用） | |  | |  |  | |  |
| 居宅介護  行動援護 | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 生活介護  就労継続支援 | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |
| その他  （地域活動支援センター・日中一時 等） | |  | |  |  | |  |
| 医療の状況 | 医療機関 | | 病名 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 予防接種等 | ・コロナワクチン接種回数　（　　回）＜　　　　年　月　日現在＞  ・その他 | | | | | | | |
| 服薬の状況 | アレルギー（有・無）内容： | | | | | | | |
| ＡＤＬ | 食事（自立・部分介助・全介助）：  排泄（自立・部分介助・全介助）：  移動（自立・部分介助・全介助）：  コミュニケーションの方法： | | | | | | | |
| その他 | ＜伝えたいことがあれば記入＞ | | | | | | | |