

筑紫野市地域生活支援拠点等緊急時受入届出書

年 月 日

筑紫野市長 宛

筑紫野市地域生活支援拠点等の緊急時の受入について、次のとおり届け出ます。

届出者	(フリガナ) 氏名			生年 月日	年 月 日
	住所	(〒 - )			
障がい者手帳	身体	障害種別： 等級： 級			
	療育	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	精神	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
自立支援医療	<input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 ( )				
届出理由	<input type="checkbox"/> 介護者の緊急入院等に備えた届出 <input type="checkbox"/> 葬儀等による介護者の一時的な不在に備えた届出 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

本届出に伴い緊急時の対応を検討する際に、指定特定相談支援事業所、障害福祉サービス事業所や関係機関に情報共有することに同意します。

署名 (本人) \_\_\_\_\_

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		届出者 との関係	
住所	(〒 - )		
	電話番号		