様式第１（第６条関係）

稲沢市障害者緊急時対応事業登録書

年　　月　　日

　稲沢市長　殿

稲沢市障害者緊急時対応事業実施要綱第６条の規定に基づき、以下のとおり届け出ます。

なお、届出に当たり、緊急時の対応を円滑に行うため、登録した情報及び障害福祉サービス支給決定に係る情報（受給者証、障害福祉サービス利用計画案、障害支援区分認定関係資料）を受託事業者に提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　　名 | 　　　　　　　　　 | 男・女 | 生年月日 | S・H・R年　月　日 |
| 住所 | 電話番号　　　（　　　）　　　　 |
| 障害 | 身体　　・　　知的　　　・　　精神　　・　その他（　　級）　　（　　判定）　　（　　級）　（　　　　　） |
| 緊急が想定される理由 |  |
| 相談支援事業所 |  |
| 緊急連絡先① | 氏名 |  | 登録者との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | 自宅 |  |
| 携帯 |  |
| 緊急連絡先② | 氏名 |  | 登録者との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | 自宅 |  |
| 携帯 |  |

※代理人が届出る場合、代理人は以下に署名してください。

（代理人）　住所

　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　（登録者との関係：　　　　）

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。