島区县		年			j	月日		∃					
	豊島区重症心。	身障害児((者) 等在	宅レス	パイト・	就労	等支援事業	纟利月	月登録	録申	請書		
Ł	欠のとおり申請	します。											
	フリボナ	1					(新	規	•	再	交	付	
申請者	フリガナ 利用者氏名						電話番号						
	生年月日		年	月	日		年齢					歳	
	住所												
	手帳の所持	愛の手帳 □1度 □2度 □											
		身体障害者手帳 □1級 □2級 □					未所持						
	保護者氏名												
緊急逐	車絡先												
1	氏名						続柄						
	自宅・勤務先	・携帯	TEL	(•)				
2	氏名		1				続柄						
	自宅・勤務先	・携帯	TEL	()				
世帯状況	世帯員の氏名		続柄	続柄 年齢 職			業			備	 		

(裏面に続く)

心身状況等記入欄

	1人工呼吸器	器 2たんの吸引 3酸素療法 4経管栄養							
医療的ケアの状況	5 気管切開	6 鼻咽頭エアウエイ 7 留置カテーテル							
	8人工膀胱	9人工肛門 10中心静脈栄養 11腹膜透析							
	12けいれん	ん 13その他()							
	医療機関名								
医療機関	主治医名								
	住所	電話番号							
	事業者名	担当者名							
本事業で利用する	住所	電話番号							
訪問看護事業者	事業所名	担当者名							
	住所	電話番号							
	主たる介護を	<u> </u>							
	困っていることや支援を希望する理由等を記入								
∀ ### ⊘ #\∀⊓									
介護者の状況									
	•								
力 注 书 相 川 水	氏名	申請者との関係							
申請書提出者	住所	電話番号							
	<u> </u>								
同意書(同意していただける場合には、チェックを付けてください。)									
□利用者負担額にかかる区分決定のために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の収入及び 課税情報、手当受給状況を調査することに同意します。									
		担当者:							
 <障害福祉課 事務	务処理欄>	□大島分類 1 □大島分類 2 □大島分類 3 □大島分類 4							
		備考:							