様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

地域生活支援拠点等事業利用登録届出書

酒田市長　宛

届出者（利用者）　氏名

代理記入者　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　氏名

 　　　　　　利用者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　 酒田市地域生活支援拠点等事業実施要綱第５条第１項の規定により、地域生活支援拠点等事業を利用したいので届け出ます。

　なお、届出にあたり、緊急時の対応を円滑に行うため、登録した情報を支援を行う関係機関（相談支援事業所、障がい福祉サービス事業所、障がい者支援施設など）に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 | 　　　年　月　日 |
| 利用者氏名 |  | 男・女 | 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 障がい種別 | □身体障がい　　級　　　□知的障がい　　級□精神障がい　　級　　　□その他（　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先　（代理人） | 氏名 |  | 電話番号（携帯） |  |
| 住所(別居のみ記載) | 〒 | 本人との関係 |  |
| 家族の状況　（優先的に連絡をする人を上から順に記入してください。） |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 住所（別居のみ記入） | 電話番号（携帯） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支援の状況 | 事業所（医療機関）名 | 担当者（主治医） | 連絡先 |
| 相談支援事業所 |  |  |  |
| 利用している障がい福祉サービス事業所等 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主たるかかりつけの医療機関 |  |  |  |
| 日常生活の状況 | 食事 | 自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助・食物アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | 自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助 |
| 入浴 | 自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助 |
| 着替 | 自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助 |
| 移動 | 自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助 |
| コミュニケーション | できる・少しできる・ほとんどできない・できない |
| 睡眠 | 良（睡眠薬あり・睡眠薬なし）　・不良（睡眠薬あり・睡眠薬なし） |
| 配慮すべき障がい特性等 |  |