

③

利用者⇒社会福祉協議会

登録番号 03 -

令和3年度 緊急時等見守り事業利用登録及び利用申込書

年 月 日

社会福祉法人
目黒区社会福祉協議会会長あて

申請者氏名 _____
障害者との続柄 ()

目黒区心身障害者（児）緊急時等見守り事業運営要綱に基づき、見守り対象者として登録し、『緊急時等見守り事業利用の手引き』に記載された内容を遵守して利用申込みします。

| | | | | | | | |
|--|---|----|----|----------------------------|----------------------------|----------------------|----------|
| 障害者氏名 | カガナ | | 性別 | 男女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日生 才 | |
| 住所(電話) | 〒 目黒区 丁目 番 号 | | | | (自宅 03- -) (携帯 - - 続柄) | | |
| 身体障害者手帳 | 号 | 種 | 級 | 介護給付・訓練等給付の支給の有無 | | 有・無 | |
| 愛の手帳 | 号 | 種 | 度 | 移動支援の支給の有無 | | 有・無 | |
| 障 害 名 | | | | | | | |
| 同居の家族 | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 職業等（勤務先・学校名等） | | | 主たる介護者に○ |
| | | 本人 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 緊急連絡先（緊急かつ上記連絡先につながらない場合等） | | | | | 続柄： | | |
| 障害の状況等 | 脳性麻痺、進行性筋萎縮症の有無 | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 医学的管理下において保護の必要の有無 (経管栄養、導尿、吸引、酸素療法) | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| どのような場合に、見守り等を希望しますか（該当するものに☑） | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護者が、障害者（児）の三親等以内の親族の葬祭若しくは病気見舞いによる外出のため、一時的に在宅での見守り等が必要な場合 <input type="checkbox"/> 介護者が、介護者又は同居の家族の疾病等により病院等を受診するため、一時的に在宅での見守り等が必要な場合 <input type="checkbox"/> 介護者が、官公署等への相談、手続又は同居の家族の学校行事等出席により外出するため、一時的に在宅での見守り等が必要な場合 <input type="checkbox"/> 医療的ケアを要しない重症心身障害者（児）の介護者の在宅レスパイトを実施する場合 | | | | | | | |
| 前年度、当事業に登録している方は、登録情報について教えてください。（該当するものに☑） | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 登録している金融機関情報に変更はありません。 <input type="checkbox"/> 届け出ている指定介護人情報に変更はありません。（または、指定介護人の届出はしていません。） どちらにも☑が入る場合、この様式のみ提出してください。 いずれかに変更がある場合には、様式④と通帳の写し、又は様式⑤の提出が必要です。 | | | | | | | |