様式第２号（第７条関係）

登録介護者事業利用登録申請書

年　　月　　日

（宛先）伊勢崎市福祉事務所長

住所

申請者

（保護者）氏名

次のとおり申請します。

なお、登録介護者事業の利用決定のため、私の世帯の世帯情報、課税情報その他本申請の決定に必要な情報について、伊勢崎市福祉事務所が各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | 生年  月日 | | 年　月　日 | | 年齢 | 歳 | | | 障害児（者）  との続柄 | | |  |
| 氏　名 | | 個人番号： |
| 住　所 | | ℡ | | | 介護期間中  の連絡先 | | ℡ | | | | | | | |
| 介護を要する障害児・者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | 生年月日 | | 年　月　日 | | | 年齢 | 歳 | | 性別 |  | |
| 氏　名 | | 個人番号： | |
| 障　害  区　分 | | 重度知的障害児（者）　　　　中軽度知的障害児（者）  　　重度身体障害児（者）　　　　中軽度身体障害児  　　　　　　　　　　　　　　　　発達障害児 | | | | | | | | | | | | |
| 手帳等 | | 身体障害者手帳　有（　　）級　・　無　　障害の種別（　　　　　）  療育手帳　　有（　Ａ　Ｂ　）　・　無　　　発達障害診断書　有　・　無 | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態  ・特性 | | 現在かかっている病名　有（　　　　　　　　　　　　）　・　無  　てんかん　有　・　無　　　　　その他 | | | | | | | | | | | | |
| 生活習慣 | | 全介助　・　一部介助　・　ほぼ自立  その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 世帯区分 | | 生活保護世帯・生活保護世帯以外の世帯　　（確認　　月　　日　　㊞　） | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | |  | | | | | | | | | | | | | |