

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	フリガナ		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	TEL	介護期間中 の連絡先		TEL			
介護を 要する 障害児 ・ 者	フリガナ		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 印）
その他								