様式第１号（第５条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

南風原町長　様

南風原町地域生活支援拠点等事業利用登録申請書

南風原町地域生活支援拠点等事業実施要綱第５条の規定により、次の通り申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | 性別 | 男 ・ 女  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳等 | 身体障害者手帳 | 等級 |  級 | 障害名 |  |
| 療育手帳 | 等級 |  | 難病 | 有 ・無 | 疾患名 |  |
| 精神保健福祉手帳 | 等級 |  級 | 自立支援医療（精神通院） | 有　・　無 |
| 医療保険 | 国保　・　社保　・　共済　・生活保護　・　その他（　　　　） |
| 福祉サービス等 | 障害支援区分 | 有 ・無 | 区分　１・２・３・４・５・６ | 受給者番号 |  |
| 利用状況 | □居宅介護 　□短期入所　 □就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）□生活介護　 □児童発達支援 　□放課後等デイサービス□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 計画相談事業所 | 名称 |  | 担当者 |  |
| 住所 | 電話番号（　　　）　　　－ |
| 利用者の状況 | 疾患名 |  | 医療機関名・主治医 |  |
| 疾患名 |  | 医療機関名・主治医 |  |
| 内服薬 | 有・無 | ＊有の場合、薬剤情報提供書（お薬説明書）を添付してください。 |
| 医療的ケア | 有・無 | □気管切開　　□痰吸引（　気切・咽頭・鼻腔　）　□ストーマ管理□経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管）　□酸素吸入（　　　　ℓ　）□人工呼吸器　＊有の場合、詳細が記載された資料を添付してください。 |
| 利用者の状況 | 身体状況・ＡＤＬ等 | 歩行 | （自立・一部介助・全介助） | 入浴 | （自立・一部介助・全介助） |
| 座位保持 | （自立・一部介助・全介助） | 着替え | （自立・一部介助・全介助） |
| 排泄 | （自立・一部介助・全介助） | 服薬管理 | （自立・一部介助・全介助） |
| 食事 | （自立・一部介助・全介助） | 食事形態 | （　常食・キザミ・トロミ　）　 |
| アレルギー | 有・無 |  | コミュニケーションの取り方 |  |
| 行動障害 | 有・無 | ＊有の場合、内容と支援のポイントをご記入ください。 |
| 自傷他害行為 | 有・無 | ＊有の場合、内容と支援のポイントをご記入ください。 |
| 配慮が必要なこと（こだわり　NGワード　嫌いなこと　等） |
| 本人の性格（落ち着けること　好きなこと　ご本人の強み　等） |
| その他　（緊急受入れ対応を行う際に気をつけて欲しいこと、特記事項　等）　 |
| 同居家族 | 氏名 | 続柄 | 連絡先 | 備考（緊急受入れ対応の際、連絡先になる方は右欄に○をご記入ください） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| その他親族 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 同意書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 南風原町地域生活支援拠点等事業を利用するにあたり、「南風原町地域生活支援拠点等事業利用登録申請書」の情報及び支援に必要な情報を関係機関から取得し、登録事業者に提供・共有することに同意します。　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　 |