

心身障害者（児）施設緊急一時保護利用登録申請書

西東京市長 殿

次のとおり心身障害者（児）施設緊急一時保護の利用登録を申請します。

申請年月日 年 月 日			
申 請 者 氏 名 (保 護 者 氏 名)	(フリガナ)	続柄	
住 所			
利用者氏名	(フリガナ)	生年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所			
お持ちの手帳の種類 (○をつけてください。)	身体障害者手帳・ 愛の手帳 (療育手帳)	障害 程度	種 級 度
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話 ()		
生活保護受給状況（該当する方に○を記入してください。） 生活保護を 受給している ・ 受給していない ※ 生活保護受給者は利用者負担額が免除されます。但し、食費等の実費相当分については、免除の対象になりません。			
確認事項	・ 保護にあたり、医療行為等特別の技術は必要ありません。 ・ 伝染性、悪性の疾患は有していません。 ・ 介護保険の対象者ではありません。 ・ この申請に伴い決定を行う場合、申請者及び申請者の属する世帯の構成員の収入又は課税状況等につき、障害福祉課において公簿により調査を行うことを承諾します。 ・ 生活保護の受給状況について生活福祉課に受給の有無の確認することを承諾します。 氏 名 _____		