

記入例

| | | | | | |
|---|-----------------------|----|----|----|----|
| 伺 | 障害福祉課 | 課長 | 補佐 | 課員 | 担当 |
| | | | | | |
| | システム利用を決定してよろしいか伺います。 | | | | |

重度障害者緊急通報装置システム利用申請書

○年 ○月 ○日

(あて先)金沢市長

届出人 住所 金沢市○○○○

氏名 金沢 太郎(父)

(電話) 090-0000-0000

| | | | | | |
|-------------|-------------------|---|---------------------|---------------|------------------------|
| 利用者 | 氏名 | 金沢 花子 | | 生年月日 | M. T. S. H ○年 ○月 ○日 |
| | 住所 | 〒920-0000 金沢市○○○○ (方書) 電話 090-0000-0000 | | | |
| | 身体障害者手帳 | 金沢 県・市 第 1000 号 (○種 ○級) | 交付日 平成○年 ○月 ○日交付 | | |
| | 障害名 | 両下肢機能の全廃 | | | |
| かかりつけの医療機関 | 名称 | 石川医院 | | 主治医氏名 石川一郎 | |
| | 住所 | 金沢市○○○○ 電話 076-000-0000 | | | |
| 家族身内 協力員 | 氏名 | 住所 | | 連絡先(電話) | |
| | 金沢 太郎 続柄(父) | 金沢市○○○○ | | 090-0000-0000 | |
| | 金沢 一郎 続柄(兄) | 金沢市○○○○ | | 090-0000-0001 | |
| | 斉藤 真衣 続柄(ヘルパー) | 金沢市○○○○ | | 090-0000-0002 | |
| | | | | | |

- ヘルパー訪問日 毎週 水曜日 13時～ 16時まで
- 訪問看護訪問日 毎週 金曜日 14時～ 17時まで
- 手話などのコミュニケーション手段が必要 (あり・なし)
- ありの場合の必要手段 ()
- その他 ()

※協力員は2名以上必要です。
日常生活用具給付・修理申請書とあわせて提出してください。