

稲美町障がい者緊急短期入所支援事業利用事前登録申請書

年 月 日

本事業関係機関 各位

稲美町障がい者緊急短期入所支援事業の利用に係る事前登録を申請します。また、本事業実施に係る情報、町及び関係機関が保有する本事業を円滑に実施するために必要とされる障害福祉サービス関係情報等を町及び関係機関で共有することについて同意します。

申請者 住 所 _____
(介護者)

氏 名 _____ 続柄 ()

連絡先 () —
携帯電話 () —

利 用 者	氏 名				性別	男・女・その他	
	住 所	稲美町					
	受給者証番号				生年月日	年 月 日	
	障害支援区分	1・2・3・4・5・6			短期入所 支給決定状況	日/月	
	障害者手帳	知的 (A・B1・B2) その他の手帳 身体 (級)・精神 (級)					
	医療的ケア の有無	有 ・ 無	身体介護 の有無	有 ・ 無	強度行動 障害の有無	有 ・ 無	
相談支援事業所					担当者		
					連絡先		

注 1 この申請書は、申請者が相談支援事業所と相談し、**相談支援事業所が稲美町役場地域福祉課に提出**してください。

- 2 利用者のサービス等利用計画を添付して提出してください。
- 3 医療的ケアが必要な人など、本事業の利用（事前登録）ができない場合があります。
- 4 本事業で利用する短期入所（緊急時及び体験利用）は、障害福祉サービスとしての利用になりますので、所得状況に応じた自己負担及び実費負担が生じます。

本事業利用に係る事前面談を実施するにあたり、利用者及び介護者双方の面談同席が可能な曜日及び時間帯を事前にお知らせください。

◆ご都合の良い曜日・時間帯に「○」を記入してください。

曜日	月	火	水	木	金
午前					
午後					

(午前：10：00～、午後：13：30～) 面談場所：つくしの家パル（稲美町加古 3685-4）

(裏面も確認してください)「事前登録までのながれ」

《事前登録までのながれ》

- 1 この申請書提出後、関係者（４者）で本事業利用に係る事前面談を実施します。
（利用者及び介護者、相談支援事業所、稲美町障がい者基幹相談支援センター、つくしの家パル）
- 2 事前面談後、登録前体験利用の可否を判断し、結果をお知らせします。
- 3 ２で「可」となった方には登録前体験利用として、つくしの家パルで短期入所サービスを利用いただきます。
- 4 登録前体験利用後、本事業の登録の可否を判断し、事前登録結果をお知らせします。