様式第1号（第7条関係）

障害者緊急一時保護事業利用申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日　　　（　　歳） | | |
| 住　　所 | 〒  電話番号　　（　　　）－ | | |
| 申請理由（当てはまる番号に○印を付けてください。） | 1　虐待等により一時的に保護を受けたい。  2　養護者の疾病又は事故等より一時的に保護を受けたい。  3　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 希望する保護期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　泊　日） | | |
| 身延町長　　　　　　様  　上記のとおり、障害者緊急一時保護事業の利用について申請します。  　また、当事業の利用可否の決定のために必要があるときには、私（利用者）の心身状況、家族構成、課税状況その他必要事項について調査を受けること及び当該申請に対する決定事項について、事業実施施設及び担当する相談支援専門員に対して、町が情報提供することに同意します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　申請者  　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　電話番号 | | | |

※申請者は、原則として利用者本人としてください。ただし、利用者本人への意思確認が困難な場合には、家族の方が申請者となります。