和泉市地域生活支援拠点事業に係る事前登録届出書

年　　月　　日

届出者（計画相談支援）

事業所名

担当者名

電話番号

下記のとおり、和泉市地域生活支援拠点事業に係る事前登録届出を行います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな  氏名 |  | | | 生年月日 | （　　歳） | |
| 住所 |  | | | 電話 |  | |
| 利用条件（チェック） | □ | 年齢が１８歳から６４歳までである | | | | | |
| □ | 和泉市内で居住し、家族（介護者）と同居している | | | | | |
| □ | 短期入所の支給決定を受けている | | | | | |
| □ | 障がい支援区分が１以上である | | | | | |
| □ | 計画相談支援を利用している | | | | | |
| 受入事業所 | 優先順位 | 事業所名 | | 契約日 | | | 連絡先（担当者名） |
| １ |  | |  | | |  |
| ２ |  | |  | | |  |
| ３ |  | |  | | |  |
| 緊急時の  移送担当 | | 主担当 |  | | | |  |
| 副担当 |  | | | |  |
| 備考 | |  | | | | | |

緊急時対応のために必要が生じた場合、事前登録届出書及び基本情報シートの内容について、和泉市、和泉市障がい者基幹相談支援センター、障がい者相談支援センター、障がい福祉サービス事業者、他関係機関・関係事業者に対して情報が提供されることに同意します。

　署名