

加西市障がい者（児）緊急時短期入所空床確保事業利用事前登録書

年 月 日

加西市長 様

加西市障がい者（児）緊急時短期入所空床確保事業の利用にかかる事前登録を申し込みます。また当該事業の円滑な利用にあたり、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、加西市から指定された加西市障害者（児）緊急時短期入所空床確保事業所に提示することに同意します。

申込者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先（ ） —

利用者	氏名		性別	男・女・その他
	住所	加西市		
	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
	障害種別	身体・知的・精神・難病		
	相談支援事業所		(担当)	(電話)
緊急連絡先	1. 上記住所・電話番号と同じ 2. その他（その他の家族・特定相談支援事業所など） 住所 _____ 氏名 _____ _____ 連絡先（ ） —			
事業内容	「加西市障がい者（児）緊急時短期入所空床確保事業」は、障がい者（児）の介護を行う者の急な病気や事故、また葬祭等緊急やむを得ない理由により、自宅にて介護を受けることができなくなった場合に、障がい者（児）を一時的に施設に保護する事業です。市内2ヵ所の障がい者支援施設に、土休日、年末年始における緊急時用の部屋を確保していただいています。			

注1 サービス提供の決定に際して、事業者から利用者本人の心身の状況等の確認をさせていただくことがあります。

2 事業の対象者に該当しないとき又は事業所において適切なサービスを提供することが困難な場合（医療的ケアが必要な方）等、利用ができない場合がありますのでご了承ください。