

大竹市地域生活支援拠点事業（緊急時受入れ事業）事前登録申請書

申請日 令和 年 月 日

①本事業の「事業所登録台帳 別記様式第1号（第3条関係）」に記載の短期入所事業所について、現在利用している事業所はありますか。

☐ある → 現在利用している事業所について、台帳に記載の通し番号と直近の利用日を記入し、②の項目にお進みください。

通し番号（ ） 直近の利用日（ 年 月 日）

☐ない → 障害福祉サービスにおける短期入所の支給決定を受け、台帳に記載のある事業所を利用し、短期入所というサービスに慣れてからの登録申請をお願い致します。

②本事業の「登録票作成業務受託者登録台帳 別記様式第2号（第3条関係）」に記載の計画相談支援事業所について、現在利用している事業所はありますか。

☐ある → 現在利用している事業所について、台帳に記載の通し番号と担当計画相談員氏名を記入し、③の項目にお進みください。

通し番号（ ） 担当計画相談員氏名（ ）

☐ない → 登録票の作成は、市が委託契約を完了し、台帳に記載している事業所のみです。現在、利用している事業所が台帳に記載されていない場合、調整が必要となります。まずは、当該事業所に対し、市の方から本事業への協力が得られないか依頼の連絡をしたいと考えておりますので、事業所名と担当計画相談員氏名をご記入ください。

事業所名（ ） 担当計画相談員氏名（ ）

調整の結果等を踏まえて、後日改めてご連絡致します。

③現在、次のような医療的ケア（特別な医療行為）はありますか。

☐ 人工透析（血液・腹膜）	☐ 在宅酸素・人工呼吸器	☐ 経管・経鼻栄養	☐ 吸引
☐ 尿道カテーテル	☐ 胃ろう	☐ インシュリン注射（※自己注射できる方は除く）	
☐ その他（ ）			

☐ある → 現在、本事業では、医療的ケアに対応可能な短期入所事業所の登録がありません。つきましては、大変申し訳ありませんが、登録申請を行うことができません。

☐ない → 大竹市地域生活支援拠点事業（緊急時受入れ事業）に登録していただけます。裏面をご記入ください。

大竹市長 様

以上のとおり、本事業の対象となりますので、事前登録の申請を致します。

また、登録票の作成にあたり、市関係部署、計画相談支援事業所、その他関係事業所等で本人及び家族の個人情報を共有することに同意します。

ふりがな		
対象者氏名		
住所	〒	
生年月日		
連絡先	TEL・FAX	
性別	男・女	

申請者 ☐対象者と同じ

名前

続柄

住所 〒

連絡先