

春日市地域生活支援拠点等緊急時受入届出書

年 月 日

春日市長 宛

春日市地域生活支援拠点等事業の緊急時の受入れについて、次のとおり届け出ます。

届出者	(フリガナ) 氏名			生年 月日	年 月 日
	住所	(〒 - ) 電話番号			
障害者手帳	身体	障害種別： 等級： 級			
	療育	<input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> A 3 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2	精神	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級	
自立支援医療	<input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 ( )				
届出理由	<input type="checkbox"/> 介護者の緊急入院等に備えたもの <input type="checkbox"/> 葬儀等による介護者の一時的な不在に備えたもの <input type="checkbox"/> その他 ( )				
添付書類	<input type="checkbox"/> アセスメントシート <input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに関する同意書				

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		届出者 との関係	
住所	(〒 - ) 電話番号		

(裏面もあります)

## 個人情報の取扱いに関する同意書

春日市長 宛

春日市地域生活支援拠点等事業の緊急時の受入れにおいて、適切な支援を行うために必要な範囲内で行う個人情報の収集、提供に関して、次のとおり同意します。

- 1 氏名住所等の基礎情報、サービスの利用状況や医療、生活面での配慮事項など、緊急時の受入れに必要な個人情報について、本人及び関係機関から市が収集すること（アセスメントシートを含む）。
- 2 緊急時に備えて関係機関との連携を図るため、及び緊急時に適切な支援を行うため、上記1で収集した個人情報を関係機関に提供すること。

年 月 日

住所

氏名

- ※ 個人情報の収集、提供は必要最低限とし、支援に関わる目的以外には利用しません。
- ※ 関係機関とは、地域生活支援拠点等事業所として登録している短期入所事業所をはじめ、指定特定相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所、協力医療機関などを指します。