

緊急一時保護申込書

年 月 日

（あて先）港区長

（申請者）住所

氏名

電話

対象者（児）との関係

下記のとおり緊急一時保護を利用したいので申込みます。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
対象者（児）氏名		月 日	（ 歳）	
保護区分	保護の種類を選択し、施設保護の場合利用される施設名に 印をつけて下さい。 1：施設保護（ 宿泊保護 ・ 日帰り保護 ） 障害保健福祉センター 2：病院保護			
期 間	利用開始日と終了日の日時の記入と、当日用意して欲しい食事に 印をつけて下さい。 平成 年 月 日 時 分から （ 朝食 ・ 昼食 ・ 夕食 ） 平成 年 月 日 時 分まで （ 朝食 ・ 昼食 ・ 夕食 ） 泊 日			
障害の程度	1．身体障害者手帳 級 障害名（ 2．愛の手帳 度 3．脳性麻痺 4．進行性筋萎縮症			
緊急時の連絡先	氏名	電話 （携帯）	対象者（児）との関係	
一時保護の理由 （該当するものに印）	1．介護者の入院	入院の理由		
	2．介護者から見て3親等以内の葬儀・慶事（結婚式）系図は裏面を参照して、該当するものに 印をつけて下さい。	入院先		
		入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	3．介護者の父母の法事	葬儀・慶事・法事について	介護者との関係	
			場所	
4．その他	その他の理由	電話		
		滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
通所・通学先	保護期間中の通所・通学希望の有無について		有 ・ 無	

なお、この利用申込をもって、緊急一時保護の利用を承認します。

系図（該当するものに 印をつけて下さい。）

