

心身障害者（児）緊急一時保護登録申請書

年 月 日

稲城市長 殿

住所

氏名

電話

下記のとおり一時保護の登録を申請する。

主たる 介護人	1 氏名 2 氏名	
障 害 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	障害名	
	障害等級（度）	
	臨床の状況	1 常時寝たきり 2 寝たり起きたり 3 その他
	食事の状況	1 自分で食べることができる 2 介助すれば食べられる
	排便の状況	1 おむつ 2 便器 3 便所
	かかりつけの 病院	（病院名） （電話）

家族構成	氏名	続柄	世帯 (本人と同じ世帯の場合は○)	非課税者 (非課税者に○)	備考
		本人	○		

稲城市長殿

私は心身障害者（児）緊急一時保護(陽だまりヘルプ)の申請にあたって、私及び世帯員に関する収入その他の審査に必要な情報を市職員が調査することに同意します。

年 月 日

氏名