かせし隊会員登録書（依頼会員用）

様式第1号

　入会日：令和　　年　　月　　日

　かせし隊事務局長　様

　　かせし隊実施要綱第５条第１項に基づき、次のとおり提出します。

　　つきましては、かせし隊実施要綱を遵守するとともに、この登録書に記載されている情報が

会員に提供されることに同意します。　　　　　　　　　　　☐　上記内容に同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | | |  | | | | | | | | | |  |
| ふりがな |  | | | | 生年月日 | | | T・S・H  　　年　　月　　日  （　　　　　　歳） | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 性別 | | | 男　・　女 | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　-  阿蘇市 | | | | | | | | | | | 行政区 | |  |
| 自宅電話 | 0967-　　　　- | | | | | 携帯電話 | | | | -　　　　　- | | | | |
| 緊　　急  連 絡 先 | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　〒　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | 携帯 | | |  | | | | |
| かかりつけ医 | 病院名 | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | |  | | |  | | | | |
| 総合事業 | | 該当（対象者）　・　　非該当（自立） | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | | 有 ・ 無 | 要支援　１・２　　要介護　１・２ | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護事業所 | | 事業所名 | （担当者　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 介護保険サービス | | 有 ・ 無 | サービス内容 | | | | | | | | | | | |
| 障がい者手帳 | | 有 ・ 無 | 身障 第　 　種　 　級 | | | | | | 療育　A・B-１・２ | | | | | 精神　　　級 |
| 障がい者相談  支援事業所 | | 事業所名 | 電話： | | | | | | | | 担当者 | |  | |
| 障がい者サービス | | 有 ・ 無 | サービス内容 | | | | | | | | | | | |
| 生活状況等 | |  | | | | | | | | | | | | |
| かせし隊の活動希望 | |  | | | | | | | | | | | | |