

※新規・更新	
登録番号	
登録日	. .

荒川区医療的ケア児等家庭家事サポート派遣登録申請書

年 月 日

荒川区長 殿

荒川区医療的ケア児等家庭家事サポート事業のホームヘルパー派遣を受ける家庭として、登録を申請します。

フリガナ		生年	年 月 日			
医療的ケア児等 氏名		月日				
かかりつけ医療 機関・担当医等	医療機関名： 主治医名： 住所： 電話番号：					
医療的ケア児等 の状態	(疾病、手帳種別等)					
住 所	〒116 -	電話 番号	※日中に連絡が取れる番号			
	荒川区					
上記以外の 緊急連絡先 (親戚・会社等)	名称： 住所： 電話番号： 備考：					
家族等 の 状 況	氏名	医療的ケア 児等との続柄	年齢	就労の有無	健康状況	備考
	(申請者)			有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
家事で困って いること (申請理由)						

【個人情報の収集、提供等について】

- 登録の決定のため、必要があるときは区が保有する住民基本台帳、母子保健事業に関する情報及び障害福祉サービス等受給状況を閲覧調査することに同意します。
- 家事サポートの提供により生じた事故及びそれによる損害について区は一切の責任を負いかねることに同意します。
- 本書記載の情報が派遣事業者提供されることに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_