

地域生活支援拠点等利用登録 基本情報票

ふりがな			生年月日	
氏 名			性 別	
住 所			電話番号	
			携帯番号	
			E - m a i l	
障 が い の 状 況	身体障害者手帳	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 部位：		
	療 育 手 帳	☐ A ☐ B		
	精神障害者保健福祉手帳	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級		
	難 病	病名：		
障 害 年 金		☐ あり ☐ なし		
障害支援区分認定		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 非該当		
要 介 護 認 定		要介護(☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)要支援(☐ 1 ☐ 2) ☐ 非該当		
医 療 保 険		☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 後期高齢 ☐ 生活保護		
自 立 支 援 医 療		☐ 更生医療 ☐ 育成医療 ☐ 精神通院		
服 薬 内 容		常用薬(☐ あり ☐ なし) 頓服薬(☐ あり ☐ なし) 特記事項：		
か かり つ け 医				
生 活 の 状 況	食 事	☐ 自立 ☐ 介助(特記事項：)		
	洗 面 ・ 歯 磨 き	☐ 自立 ☐ 介助(特記事項：)		
	排 泄	☐ 自立 ☐ 介助(特記事項：)		
	衣 類 の 着 脱	☐ 自立 ☐ 介助(特記事項：)		
	入 浴	☐ 自立 ☐ 介助(特記事項：)		
	歩 行 ・ 移 動	☐ 自立 ☐ 介助(特記事項：)		
	医療的ケアの状況			
	配 慮 事 項			
	そ の 他			

同居家族	氏 名	続柄	生年月日	電話番号	備 考
支援者・関係機関	氏 名	関 係	電話番号	備 考	
利用しているサービス	事業所名	サービス	電話番号	備 考	

相談対応事業所名			
基本情報票記入日	年 月 日	記入者氏名	

地域生活支援拠点等利用登録申請兼同意書

私は、緊急時に備え、両磐圏域の地域生活支援拠点利用登録を申請します。

また、この基本情報票を支援に必要な関係機関（一関市、平泉町、基幹相談支援センター、特定・委託相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等）へ提示することに同意します。

申請日 年 月 日 利用登録者氏名