

第8号様式（第9条関係）
心身障害者（児）一時保護申請書

担当者	係長	課長補佐	課長

年 月 日

		対象登録番		番号	
保護対象者 (本人)	氏名	性別	生年月日	(歳)	
	住所	電話			
一時保護を必要とする理由	①保護者等の疾病・出産・事故等 ②近親者の冠婚葬祭等 ③同居家族が通う学校等が主催する会合、行事等 ④休養等 ※具体的に ()				
利用希望施設	島田療育センター・東京都七生福祉園・ <u>在宅保護</u> {島田療育センター→有効、無効・東京都七生福祉園→有効、無効}				
一時保護予定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
緊急連絡先	氏名称	電話			
	住所所在地				
かかりつけの医師の有無	有無	病院名	医師名		
		所在地	電話		
既往症	有無	投薬	感染症		
保護対象者の現況	1 通所 (施設名) (所在地) ア) 毎日 イ) 週 日 ウ) 月 日 2 通学 (施設名) (所在地) 3 在宅				
通所・通学希望の有無	1 有		2 無		
上記のとおり、一時保護の申請をします。					
年 月 日					
(申請者) 住所 日野市					
氏名 続柄					
(宛て先) 日野市長					

