

| 担当者 | 係長 | 課長補佐 | 課長 |
|-----|----|------|----|
|     |    |      |    |

第 8 号様式（第 9 条関係）  
心身障害者（児）一時保護申請書

|                                                                                                           |                                                                         |             |  |     |       |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-----|-------|------|------|
|                                                                                                           |                                                                         | 年           |  | 月   |       | 日    |      |
|                                                                                                           |                                                                         | 対 象 登 録 番 号 |  | 第 号 |       |      |      |
| 保護対象者<br>(本 人)                                                                                            | 氏 名                                                                     |             |  | 性 別 |       | 生年月日 | ( 歳) |
|                                                                                                           | 住 所                                                                     |             |  |     |       | 電 話  |      |
| 一時保護を<br>必要とする<br>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<br>が主催する会合、行事等 ④休養等<br>※具体的に ( ) |             |  |     |       |      |      |
| 利 用 希 望<br>施 設                                                                                            | 島田療育センター・東京都七生福祉園・在宅保護<br>{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<br>予定期間                                                                                              | 年 月 日から 年 月 日まで                                                         |             |  |     |       |      |      |
| 緊急連絡先                                                                                                     | 氏 名 称                                                                   |             |  |     |       | 電 話  |      |
|                                                                                                           | 住 所<br>所在地                                                              |             |  |     |       |      |      |
| かかりつけ<br>の 医 師 の<br>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<br>の 現 況                                                                                            | 1 通所（施設名）<br>（所在地）<br>ア）毎日 イ）週 日 ウ）月 日<br>2 通学（施設名）<br>（所在地）<br>3 在宅    |             |  |     |       |      |      |
| 通所・通学<br>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。<br><div style="text-align: right;">年 月 日</div> （申請者）住 所 日野市<br>氏 名 続柄<br>（宛て先）日 野 市 長 |                                                                         |             |  |     |       |      |      |