第３-１号様式

年　　月　　日

社会福祉法人
狛江市社会福祉協議会会長　宛て

申 請 者　氏　　名　　印
（介護人）　生年月日
住　　所
電話/FAX

緊急一時保護介護人登録申請書

社会福祉法人狛江市社会福祉協議会心身障害児（者）緊急一時保護要綱第 11 条の規定に基づき、下記のとおり登録します。

（登録者の状況）

介護人登録に必要な資格又は経験	□ 保健師　□ 看護師　□保育士 □ 介護福祉士　□ ホームヘルパー □ 障がい児(者)の介護経験 ※いずれかの資格又は経験がない場合、介護人登録はできません。
児童の養育に関係ある職歴	
介護可能な曜日・時間	
介護可能な障がい児（者）	氏名　　申請者との関係 ※他人介護を原則としていますので、３親等以内の障がい(児)者の介護人になることはできません。
備考	

【謝礼振込先】

金融機関名　　支店名
口座番号　　普通預金　／　当座預金　（どちらかに〇）
口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）

※介護人本人名義に限ります。　※みずほ銀行狛江支店での口座開設のご協力よろしくお願いします。