様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

(宛先)筑紫野市長

筑紫野市医療的ケア児等在宅レスパイト事業利用申請書

筑紫野市医療的ケア児等在宅レスパイト事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、利用の決定のため、私の世帯及び同一住所の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の利用並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(対象者) | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| ふりがな | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 訪問看護  利用者 | |  | |
| 続　柄 |  |
| 疾病名 | |  | | | |
| 医療的ケア  の状況 | | 人工呼吸器　気管切開部(気管カニューレ)  経管栄養　口鼻腔吸引　酸素療法　導尿　糖尿病のインスリン注射  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 利用する  訪問看護事業所 | | 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

１　医療的なケアを受けていることの証明となる書類(医師の指示書の写し等)を添付してください。

２　18歳以上の利用者は、人工呼吸器又は気管カニューレを装用していることの証明となる書類(医師の指示書の写し等)を添付してください。