

年 月 日

久山町長 様

申請者（保護者等）

住所
氏名

年度久山町医療的ケア児等在宅レスパイト事業利用申請書

年度において久山町医療的ケア児等在宅レスパイト事業の利用をしたいので、久山町医療的ケア児等在宅レスパイト事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

ふりがな		生年月日	年	月	日生
利用者氏名 (申請者との続柄)	()	(年齢)	()	歳	
住所					
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第	号	級
医療的ケアの状況	経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部（気管カニューレ） 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他（ ）				
利用する訪問看護 ステーション					
以下のことを確認し、了承の場合は、 <input type="checkbox"/> 欄にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 本事業の利用決定にあたり、久山町が訪問看護の利用状況、その他必要な情報について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。					

注意

- 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 身体障害者手帳をお持ちの方は、写しを添付してください。