

第1号様式（第5条関係）

久留米市医療的ケア児（者）在宅レスパイト事業利用申請書

久留米市長 宛て

年 月 日

久留米市医療的ケア児（者）在宅レスパイト事業の利用について、次のとおり申請します。

利用者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	〒		電話番号	
	主たる疾患（障害）名				
	身体機能	※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えられて座位が取れる 3 自力で座位が取れる 4 歩行に一部障害がある 5 自力で歩行できる。			
	医療的ケアの状況	※該当する項目全てに○をしてください。 1 人工呼吸器 2 たんの吸引 3 酸素療法 4 経管栄養 5 気管切開 6 その他（ ）			
	家族が行う医療的ケアの状況	※家族が日常的に行う医療的ケアの内容、頻度等の状況を記入してください。			
	主治医の氏名		医療機関名		
	現在利用し、指定する訪問看護事業所				

※利用者が18歳未満の場合は、保護者の方を申請者とし、以下を記入してください。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	〒		電話番号	

以下の項目を確認し了承の場合は、口欄にレ印をつけてください。

- 市職員が、利用者負担額決定のために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の課税状況について確認すること。未申告の場合は、課税状況の確認以降の利用決定となること。
- 本事業の利用について主治医及び利用希望する訪問看護事業者に事前に承諾を得ていること。
- 市から訪問看護事業者に対し、本事業に係る医師の指示書（写し）を送付すること。