

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

平戸市長 様

(補助対象者)

住所

氏名

年度平戸市医療的ケア児訪問型レスパイト事業利用申請書

年度において平戸市医療的ケア児訪問型レスパイト事業を利用したいので、平戸市医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日生 ( 歳)
医療的ケア児氏名 (補助対象者との続 柄)	( )		
住 所	〒		
利用訪問看護 ステーション			
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 ( )		
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、平戸市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。			

※添付資料

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。