様式第１号（第5条関係）

　　　年　　月　　日

　粕屋町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者等）

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　粕屋町医療的ケア児日常生活支援事業利用申請書

　粕屋町医療的ケア児日常生活支援事業の利用について、粕屋町医療的ケア児日常生活支援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  （年齢） | 年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 利用者氏名  (申請者との続柄) | （　　　　　　） |
| 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、□欄にチェックをつけてください。   * 本事業の利用決定にあたり、粕屋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。