様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

時津町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

時津町医療的ケア児訪問型レスパイト事業利用申請書

　時津町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、次のとおり添付資料を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（年齢：　　　歳） | | |
| 電話番号 | □自宅：　　　　（　　　　）  □携帯：　　　　（　　　　） | | |
| 医療的ケアの内容 | □人工呼吸器　□気管切開（気管カニューレ）　□口鼻腔吸引  □経管栄養　□酸素療法　□導尿　□人工肛門　□インスリン注射  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 利用する訪問看護ステーション | （事業所名）  （所 在 地）  （電話番号） | | |

□本事業の利用にあたり、時津町が訪問看護の利用状況、その他必要な情報について、関係機関へ調査・照会・閲覧を行うことに同意します。

※添付書類

　医療的ケアを受けていることを証明する書類（医師の指示書の写し等）を添付してください。