苅田町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用（変更）申請書

苅田町長　　様

（申請日）　　　年　　月　　日

次のとおり苅田町医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用（変更）を申請します。

なお、利用者負担額の決定のために、必要に応じて苅田町が助成対象者世帯の収入状況について、税務資料等の調査をすることについて同意します。

また、主治医や訪問看護事業所から事業に必要な利用者情報を得ることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（助成対象者） | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒福岡県京都郡苅田町 |
| （電話番号） |
| 医療的ケア対象児 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 疾患名等 |  |
| 主治医 | 所在地 |  |
| 名称及び氏名 |  |
| 利用訪問看護ステーション | 所在地 |  |
| 名称または氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 医療的ケアの内容 | 　人工呼吸器　　　経管栄養　　　たんの吸引　　　酸素療法　　　気管切開　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通学・通園先 | 　・　　　　　保育園　・　　　　　幼稚園　　・　　　　　小学校　・　　　　　中学校　・　　　　　高等学校　・その他（　　　　　　　　） |
| （変更の場合は）変更理由 |  |

＊添付書類

　医療的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。