

医療的ケア児在宅レスパイト事業利用(変更)申請書

(あて先) 宇都宮市長

申請日： 年 月 日

下記のとおり、宇都宮市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、宇都宮市が訪問看護ステーション等医療機関から事業に必要な利用者の情報を得ること及び訪問看護ステーション等医療機関へ事業に必要な利用者の情報を提供することについて同意します。

		代筆者			申請者との関係		
1. 申請者 (保護者等)	フリガナ		生年月日				
	氏名						
	住所	〒 電話 ()					
		メールアドレス： @					
2. 利用児童	フリガナ		生年月日				
	氏名		性別	男・女	申請者との続柄		
	3. 疾患名等						
4. 主治医	所在地						
	医療機関の名称						
	医師の氏名						
5. 在宅レスパイト事業を実施する訪問看護ステーション等医療機関	1	所在地					
		名称					
	2	所在地					
		名称					
	3	所在地					
		名称					
6. 医療的ケアの状況		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()					
7. 変更の場合は変更事由							

※添付資料

1 医療的なケアを受けていることの証明となる書類(医師の訪問看護指示書(有効期限内のもの)の写し、訪問看護計画書の写し)を添付してください。