

医療的ケア児等福祉手当 医療的ケア状況確認書（兼現況届（別紙））

（あて先） 宇都宮市長

受給者番号

本確認書は、「医療的ケア児等福祉手当 支給申請書兼同意書」に記入する支給認定要件において、「③ 上記①又は②に該当しないが医療的ケアが必要である」に該当する場合のみ提出して下さい。

（受給者名 （児童））	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	H・R 年 月 日

○ 本児に医療的ケアが必要なことを下記により提出します。（いずれかの該当の番号に○）

1	医療機関による証明 ※本確認書に直接記入を依頼してください。（有償による書類作成の場合があります。）
	病 名 等
	医療行為を現に受けている状況（該当に☑） H・R 年 月 日～継続
1	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理
2	<input type="checkbox"/> 気管切開の管理
3	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理
4	<input type="checkbox"/> 酸素療法
5	<input type="checkbox"/> 吸引（口鼻腔・気管内）
6	<input type="checkbox"/> ネブライザーの管理
7	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻胃管・胃婁等）
8	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養等）
9	<input type="checkbox"/> 皮下注射（インスリン等）
10	<input type="checkbox"/> 血糖測定
11	<input type="checkbox"/> 継続的な透析（血液透析・腹膜透析）
12	<input type="checkbox"/> 導尿（留置カテーテル等）
13	<input type="checkbox"/> 排便管理（ストーマ等）
14	<input type="checkbox"/> その他日常生活及び社会生活において恒常的に受けることが不可欠な医療行為（けいれん時の座薬挿入・吸引・酸素投与等）
本児について、上記の通り医療的ケアを必要とすることを証明します。	
医療機関名	
医療機関所在地	電話番号 — —
医師の氏名	印 記載年月日 年 月 日

2	「障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）」の写し ※医療的ケアを必要とする方が、障がい福祉サービス等を利用するにあたり提出した書類の写し ※医療機関・医師名及び判定スコアが分かるもの
---	--