

年 月 日

中間市長 様

(助成対象者)
住所
氏名

中間市医療的ケア児等レスパイト事業利用申請書

年度において中間市医療的ケア児等レスパイト事業を利用したいので、中間市医療的ケア児等レスパイト事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、利用の決定を受けたときは、助成対象訪問看護に対する助成金の交付の申請（助成対象訪問看護の利用実績の報告を含む。）及びこれに対する決定の通知の受領、助成金の請求並びに助成金の受領を当該助成対象訪問看護を実施した利用訪問看護ステーションに委任します。

記

利用者名 (助成対象者との続柄)	()	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)	
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 かくたん吸引 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他 ()			
利用訪問看護 ステーション	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			

注意

- 1 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。
- 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。