名取市医療的ケア児支援事業利用申請書

名取市長　あて

申請日　令和　　年　　月　　日

　名取市医療的ケア児支援事業を利用したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和平成令和 | 年　 月　 日 |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒　　　－　　　　　　　　電話　　　－　　　－ |
| 利用申請に係る医療的ケア児 | フリガナ |  | 生年月日 | 平成令和 | 年　 月　 日 |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 医療的ケアの状況（該当の項目に☑） | □人工呼吸器　□気管切開の管理　□鼻咽頭エアウェイの管理□酸素療法　　□吸引（口鼻腔・気管内吸引）　□ネブライザーの管理□経管栄養　　□中心静脈カテーテルの管理　　□皮下注射□血糖測定　　□継続的な透析　　□導尿　　　□排便管理□痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 |
| 現在通所している（通所を予定している）指定障害児通所支援事業所 | 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業の種類 | □児童発達支援　　□放課後等デイサービス |

代理申請の場合のみ記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－ |

※添付書類　（１）　訪問看護指示書

（２）　児童状況書