様式第１号（第６条関係）

幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）幸田町長

幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　と　な　る　医　療　的　ケ　ア　児 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 主たる疾患（障害）名 |  |
| 身体障害者手帳 | 　　　　　　級 | 療育手帳 |  |
| 身体機能 | ※該当する状況に○をしてください。１　寝たきり　２　支えられて座位がとれる　３　自力で座位がとれる４　歩行に一部障害がある　５　自力で歩行できる |
| 医療的ケアの状況 | ※該当する項目全てに○をしてください。１　人工呼吸器　　２　気管切開　　３　経鼻咽頭エアウェイ４　酸素吸入　　５　喀痰吸引　　６　薬液吸入（ネブライザー等）７　中心静脈栄養　　８　経管栄養　　９　腹膜透析　　10　導尿 11　人工肛門・人工膀胱　　12　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| けいれん | 無 ・ 有（頻度：　　　　　　）　抗けいれん剤（毎日 ・ 必要時） |
| 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 現在利用し、指定する訪問看護事業所 |  |
| 町長が採用する保育士又は保健師の派遣希望 | 無　　・　　有（氏名：　　　　　　　　　　　　） |

※保護者の方を申請者とし、以下を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| **以下の項目を確認し了承の場合は、□欄にレ印をつけてください。**□　本事業の利用について主治医及び利用希望する訪問看護事業者に事前に承諾を得ていること。□　必要に応じて、町の担当職員が訪問看護事業者等から本事業に係る医師の指示書（写し）を徴すること。 |