

第1号様式（第6条関係）

茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書

令和 年 月 日

（宛先）茅ヶ崎市長

申請者 _____

茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業実施要綱第6条の規定により、茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用について、次のとおり申請します。

1 医療的ケア児	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	〒
2 対象者 (家族等)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	電話番号	
3 疾患名等		
4 医療的ケアの状況	人工呼吸器 経管栄養 喀痰吸引 ^{かくたん} 気管切開 導尿 酸素療法 人工肛門 その他 ()	
5 訪問看護ステーション等名		

- 備考 1 「対象者（家族等）」の欄は、該当するものにレ印を記入してください。また、「その他」にレ印を記入したときは、医療的ケア児との関係を（ ）内に記入してください。
- 2 訪問看護指示書、医師指示書その他医療的ケアが必要であると医師が認める書類の写しを添付してください。