第２号様式（第９条関係）

第　　号

年　　月　　日

**医療的ケア児レスパイト事業利用登録決定通知書**

　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長崎市長　　　印

年　　月　　日に申請のありました長崎市医療的ケア児レスパイト事業の利用の登録について、次のとおり決定したので通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 居住地 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療的ケア児 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 利用の期間  （年間利用上限時間数） | | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日（　　年度　　時間） |
| 医療機関  （主治医） | |  |
| 訪問看護事業者 | | ① |
|  |
|  |
| 利用者負担上限月額 | | 円 |
| 適用期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 各種加算の算定 | | 乳幼児加算　　　　年　　　月　　　日まで  特別加算　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 備考 | | 他の利用登録医療的ケア児氏名及び生年月日  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |