第５号様式（第１２条関係）

**医療的ケア児レスパイト事業終了届**

年　月　日

（あて先）長崎市長

次の事由により医療的ケア児レスパイト事業の利用を終了します。

なお、指定訪問看護事業者等に情報提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 終了事由 | | １　医療的ケア不要（回復等による）  ２　市外転出  ３　死亡  ４　その他 |

利用者以外の方が届け出る場合は記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ |  | 利用者との関係 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒  電話（　　　　　　　　　　） | |