第１号様式（第８条及び第１１条関係）

**医療的ケア児レスパイト事業利用登録（変更）申請書**

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

　次のとおり、長崎市医療的ケア児レスパイト事業の利用を申請します。

なお、利用者負担上限月額の決定のため、長崎市長が、申請者の世帯全員（単身赴任等、生計が同一である別世帯の世帯員を含む。）の収入状況について、税務資料その他の公簿等により調査することについて同意します。

また、長崎市長が、申請に係る医療的ケア児のサービスの提供に必要な情報について、主治医、訪問看護事業者等から得ること及び関係機関等へ提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　－　　　－　　　　） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 利用登録にかかる　　　　　医療的ケア児氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 他の登録医療的ケア児氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 疾患名 |  |
| 医療的ケアの状況該当するものにチェックしてください。 | □人工呼吸器管理　　□気管内挿管・気管切開　　□鼻咽頭エアウェイ　　□酸素吸入□６回／日以上の頻回の吸引　　□ネブライザー６回／日以上又は継続使用　　　□中心静脈栄養（ＩＶＨ）　 □経管（経鼻・胃ろうを含む）　□腸ろう・腸管栄養　　□継続する透析（腹膜還流を含む）　□定期導尿３回／日以上（人工膀胱を含む）□人工肛門 □その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| 主治医 | 医療機関名称 | 所在地 |
| レスパイト事業で利用する訪問　看護事業者 |  | 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  | 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  | 名称 |  |
| 所在地 |  |

障害福祉サービス等の利用状況　　　現在利用中のサービスにチェックしてください。

|  |
| --- |
| 障害福祉サービス　　　□居宅介護　　　　　□短期入所　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害児通所支援　　 □児童発達支援　　　□放課後等デイサービス □保育所等訪問支援 |
| 地域生活支援事業　　　□移動支援　　　　　□日帰り短期入所　　　　　□訪問入浴　　　　　　□タイムケア |

変更する場合のみ記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事由 | 　□氏名の変更　　　　　　　　□居住地の変更　　　　　　　　□医療的ケアの状況の変更　　□訪問看護事業者の【変更】または【追加】　　※いずれかに〇をつけてください。　□利用登録の対象外となった（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　） |