

中野区重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用申請書

中野区長 宛て

年 月 日

中野区重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業の利用について、つぎのとおり申請します。

対象者	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	愛の手帳	度		
	身体機能	※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えられて座位が取れる 3 自力で座位が取れる 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 たんの吸引 3 酸素療法 4 経管栄養 5 気管切開 6 鼻咽頭エアウェイ 7 留置カテーテル 8 人工膀胱 9 人工肛門 10 中心静脈栄養 11 腹膜透析 12 けいれん 13 その他（ ）				
現在利用し、指定する 訪問看護事業所						

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。	
<input type="checkbox"/>	区職員が、利用者負担額にかかる区分決定のために、利用者および利用者と同一世帯に属する者の課税状況について確認すること。
<input type="checkbox"/>	本事業の利用について主治医およ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。
<input type="checkbox"/>	必要に応じて、区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）を徴すること。

※以下は記入しないでください。

《福祉事務所 事務処理欄》 (中・北・南・鷺)すこやか、障害福祉 担当者 ( )	利用者負担額に係る区分（該当する区分をチェック）			
	<input type="checkbox"/> 利用者 負担免除	<input type="checkbox"/> 一般1 (障害者)	<input type="checkbox"/> 一般1 (障害児)	<input type="checkbox"/> 一般2