様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

松浦市長　　　　　様

　　（補助対象者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　－　　　　－

年度松浦市医療的ケア児訪問型レスパイト事業利用申請書

年度において松浦市医療的ケア児訪問型レスパイト事業を利用したいので、松浦市医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金交付要綱第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

　なお、この申請に基づく利用決定があった場合は、下記利用指定訪問看護ステーションが同要綱に基づく補助金の申請、請求及び受領を行い、利用料から補助金の額に相当する額を控除されることについて同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日（年齢） | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 利用者氏名（補助対象者との続柄） | （　　　　　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 利用指定訪問看護ステーション |  |
| 医療的ケアの状況 | ☐経管栄養　☐口鼻腔吸引　☐気管切開部（気管カニューレ）☐酸素療法　☐人工呼吸器　☐導尿　☐糖尿病のインスリン注射☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 以下のことを確認し、了承の場合は、□欄にチェックをお願いいたします。☐本事業の利用決定に当たり、松浦市が訪問看護の利用状況その他必要な情報について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 |

※添付書類

医療的ケアを受けていることの証明となる書類（医師の指示書の写し等）を添付してください。

備考　押印すべき者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。