

第2号様式（第6条関係）

千代田区重症心身障害児等在宅レスパイト事業利用者登録申請書（新規・更新）

千代田区長 宛

年 月 日

千代田区重症心身障害児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。

利用者 (児童)	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	<input type="checkbox"/> 医療的ケア児
	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 人工呼吸器管理 2 気管内挿管、気管切開 3 鼻咽頭エアウェイ 4 酸素吸入 5 たん吸引（ 回/日） 6 ネブライザー（ 回/日・継続） 7 中心静脈栄養（IVH） 8 継続する透析（ 回/週・腹膜灌流） 9 経管栄養（経鼻・胃ろう） 10 腸ろう・腸管栄養 11 定期導尿（ 回/日） 12 人工肛門・人工膀胱 14 その他（ ）			
現在利用している 訪問看護事業所					

※利用者が18歳未満の場合は、保護者の方を申請者とし、以下を記入してください。

申請者	フリガナ		続柄	※利用者からみて
	氏名			
	住所		電話 番号	

以下の項目に同意いただける場合には、欄にレ印をつけてください。

- 利用者負担額にかかる区分決定のために、利用者と同一世帯に属する者の課税状況について確認をすること。
- 本事業の利用について主治医および利用を希望する訪問看護事業所に事前に連絡を取ること。
- 必要に応じて訪問看護事業所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。

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"/> 区分1 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 区分1 区民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 区分2 区民税課税世帯
------------------------------	--	--	---