

第1号様式（第5条関係）

千代田区障害児医療ステイ事業利用申請書

千代田区教育委員会教育長 宛

年 月 日

千代田区障害児医療ステイ事業の利用について、次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 6 動きまわる				
	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 経管栄養（経鼻・胃ろう） 9 腸ろう・腸管栄養 10 継続する透析（ 回/週・腹膜灌流） 11 定期導尿（ 回/日） 12 人工肛門・人工膀胱				
	現在利用している 訪問看護事業所	名称（ ） 電話番号等連絡先（ ）				
申請理由	1 保護者等の用事 2 保護者等以外の都合 3 その他（ ）					

※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				

利用希望日

年 月 日	～	年 月 日	（計 日）
-------	---	-------	-------

以下の項目に同意いただける場合のみご利用になれます。□欄にレ印をつけてください。	
<input type="checkbox"/>	本事業の利用について主治医および訪問看護事業所に事前に相談すること
<input type="checkbox"/>	医師の意見書か訪問看護事業所等で作成された本事業に係る医師の指示書（写）を添付すること
<input type="checkbox"/>	保険適用外の利用料金（消耗品等）は、利用者の負担となること（区負担分は除く）
<input type="checkbox"/>	利用の有無に関わらず、本事業申請に係る資料について指定病院へ提供すること
<input type="checkbox"/>	必要に応じて訪問看護事業所から指定病院が利用者の情報を取得すること

情報提供日 令和 年 月 日
承認・不承認確認 令和 年 月 日