

第1号様式（第4条関係）

久留米市重症心身障害児（者）在宅レスパイト事業利用申請書

久留米市長 あて

年 月 日

久留米市重症心身障害児（者）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	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	療育手帳		
	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（ ）			
	主治医の氏名		医療機関名		
	現在利用し、指定する 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			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。

- 市職員が、利用者負担額にかかる区分決定のために、利用者及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。
- 本事業の利用について主治医及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。
- 必要に応じて、市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（写し）を徴すること。

※以下は記入しないでください。

《障害者福祉課 事務処理欄》 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"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 低所得	<input type="checkbox"/> 一般1 (障害者)	<input type="checkbox"/> 一般1 (障害児)	<input type="checkbox"/> 一般2