様式第１号（第５条、第６条関係）

年　　月　　日

（宛先）　飯塚市長

飯塚市医療的ケア児等在宅レスパイト事業利用（変更）申請書

飯塚市医療的ケア児等在宅レスパイト事業実施要綱（第５条第１項 ・ 第６条）の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成の（変更）決定のため、私の世帯及び同一住所の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の利用並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者（助成対象者）</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請に係る利用者</td><td></td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療的ケアの状況</td><td colspan="3">経管栄養　口鼻腔吸引　気管切開部（基幹カニューレ）
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（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害福祉サービスの利用状況</td><td colspan="3">【18 歳以上の利用者のみ】短期入所（医療型）の支給決定期間
（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用する訪問看護ステーション</td><td colspan="3">（事業所名）　（所在地・電話番号）</td></tr>
</table>

１　医療的な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。