様式第1号（第5条関係）

　　　年　　月　　日

　宇美町長

(助成対象者)

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　年度宇美町医療的ケア児等在宅レスパイト事業利用申請書

　　　年度において宇美町医療的ケア児等在宅レスパイト事業を利用したいので、宇美町医療的ケア児等在宅レスパイト事業助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名  （助成対象者  との続柄) | （　　　　　　） | | | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 住所 |  | | | | | |
| 身体障害者手帳 | あり・なし | | | 手帳番号 | 第　　　　　号 | 級 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 委任及び受任欄 | 委任者 | 助成対象者　　　　　　　　　　　　　は、当該要綱に定める手続及び助成金の受領の権限を下記の助成対象訪問看護ステーションに委任します。 | | | | |
| 受任者 | 住所 |  | | | |
| 名称及び代表者氏名 |  | | | |

添付資料

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）