年　　月　　日

様式第１－１号（第６条関係）

八頭町長　様

　　　　　　　　　　　　　 　住　　所

　　　　　　　　　　　　　申請者　事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者　　　　職　　　　氏　　名 | 印 |

八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所看護師配置等助成事業）利用申請書（看護職員配置）

八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所看護師配置等助成事業）実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

１　看護職員の配置計画

(１)　事業所名、住所等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| サービス種別  （事業所で実施している全てに○を付けて下さい。） | 児童発達支援センター　児童発達支援（指定・基準該当）  放課後等デイサービス（指定・基準該当）　生活介護（指定・基準該当）  指定就労継続支援Ｂ型事業所　日中一時支援事業所 |

(２) 事業の対象として申請するサービス種別（当てはまるものに○を付けて下さい。）

ア　指定児童発達支援事業所等（児童発達支援センター）

イ　指定児童発達支援事業所等（児童発達支援センター以外）

ウ　指定放課後等デイサービス事業所等

エ　指定生活介護事業所等（重心者等の支援人数増員のための雇用）

オ　指定生活介護事業所等（重心児者等の短期入所実施のための雇用）

カ　指定就労継続支援Ｂ型事業所

キ　日中一時支援事業所

(３)　事業の対象として申請する看護職員の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 登録番号 | 雇用種別 | 配置予定期間 | 左の期間のうち事業の対象となる予定の日数 |
| １ |  |  | 新規・継続 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |
| ２ |  |  | 新規・継続 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |
| ３ |  |  | 新規・継続 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |

２　事業の対象者として受け入れを予定している要医療障がい児者について

(１)　要医療障がい児者の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏　名 | 住　所 | 利用区分 | 必要な医療的ケア※ |
| １ | |  |  | 新規・継続 |  |
| ２ | |  |  | 新規・継続 |  |
| ３ | |  |  | 新規・継続 |  |
| ４ | |  |  | 新規・継続 |  |
| ５ |  | |  | 新規・継続 |  |

　　※下の表の項目から選択

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ア | 人工呼吸器管理 | イ | 気管切開の手当（カニューレ交換・消毒） |
| ウ | 在宅酸素 | エ | 吸引（気管・鼻腔・口腔） |
| オ | 吸入 | カ | 床ずれ（褥瘡）の手当て |
| キ | 経管栄養（口から） | ク | 経管栄養（鼻から） |
| ケ | 経管栄養（鼻から） | コ | 経管栄養（胃ろう） |
| サ | 経管栄養（腸ろう） | シ | 経管栄養（その他：内容記入） |
| ス | 胃ろうのチューブ交換 | セ | 摘便、洗腸などの排便管理 |
| ソ | 導尿 | タ | てんかん発作時の処置や対応 |
| チ | インスリン注射 | ツ | 体温管理 |
| テ | その他（内容記入） |  | |

備考

１　申請は事業所ごとに行うこと

２　本事業の補助対象となる看護職員の看護師免許証等の写しを添付すること

３　看護職員全員の勤務予定表の写しを添付すること

４　看護職員の配置日数が増加する見込みのある場合は、予め変更申請すること