様式第１－２号（第６条関係）

年　　月　　日

八頭町長　様

　　　　　　　　　　　　　 　住　　所

　　　　　　　　　　　　　申請者　事業所名

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

鳥取県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（看護職員派遣の利用）

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　看護職員派遣の利用計画

(１)　申請者の事業所名、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（指定・基準該当）  放課後等デイサービス（指定・基準該当）  就労継続支援Ｂ型  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以外）

イ　指定放課後等デイサービス事業所等

ウ　指定就労継続支援Ｂ型事業所

エ　日中一時支援事業所

(３)　 看護職員派遣を実施する訪問看護ステーション等の情報及び利用期間等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名（住所） | 派遣利用の予定期間 | 左の期間のうち事業の対象となる予定の日数 |
| １ |  | 年　　月　　日～  年　　月　　日 |  |
| ２ |  | 年　　月　　日～  年　　月　　日 |  |
| ３ |  | 年　　月　　日～  年　　月　　日 |  |

２　事業の対象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　看護職員派遣の利用日数が変更となる場合は、予め変更申請すること