

桑名市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用(変更)申請書

(あて先) 桑名市長

申請日： 年 月 日

下記のとおり、桑名市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用（変更）を申請します。
 なお、桑名市が訪問看護ステーション等から事業に必要な利用者の情報を得ること及び
 訪問看護ステーション等へ事業に必要な利用児童の情報を提供することについて同意しま
 す。

		代筆者			申請者との 関係	
1. 申請者 (保護者 等)	フリガナ					
	氏 名					
	住 所	〒 電話 ()				
		メールアドレス： @				
2. 利用 児童	フリガナ			生年 月 日	年 月 日	
	氏 名					
3. 疾患名等						
4. 主治医	所在地					
	医療機関の 名称					
	医師の氏名					
5. 在宅レ スパイト 事業を実 施する訪 問看護ス テーショ ン等	1	所在地				
		名称				
	2	所在地				
		名称				
	3	所在地				
		名称				
6. 医療的ケアの状況		人工呼吸器 経管栄養 たんの吸引 酸素療法 気管切開 その他()				
7. 変更の場合は 変更事由						

※該当する医療的なケアを受けていることの証明となる書類（医師の訪問看護指示書（有効期限内のもの）の写し、または訪問看護計画書の写し）を添付してください。