

中津市長 様

また、訪問看護事業者から事業に必要な利用者等の情報を得ること、及び、医療的ケア児等レスパイト支援事業に伴う給付額を訪問看護事業者が代理受領することについて同意します。

申請者 (保護者等)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	居住地		〒 電話 (- -) 中津市			
フリガナ			生年月日	年	月	日
医療的ケア児等氏名						
			申請者との続柄			
医療的ケアの状況			☐ 経管栄養 ☐ 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（ ）			
現在利用 している 訪問看護 事業所	1	名称				
		所在地				
	2	名称				
		所在地				

変更する場合のみ記載してください。

変更事由	☐ 氏名の変更
	☐ 居住地の変更
変更事由	☐ 医療的ケアの状況の変更
	☐ 訪問看護事業所の【変更】 または 【追加】 ※いずれかに○をつけてください
	☐ 利用登録の対象外となった
	(理由：)

【注意】

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。
医療的ケア児に該当しない場合に限り、身体障害者手帳及び療育手帳の写しを添付してください。