

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

岡垣町長 宛て

(助成対象者)

住所

氏名

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書

年度において岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業を利用したいので、岡垣町医療的ケア児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、関係書類を添えて申請します。

なお、利用決定のため、岡垣町が私の世帯の住民登録資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することについて同意します。

また、主治医や訪問看護ステーションから事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

記

利用者名 (助成対象者との 続柄)	()		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
住所					
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第 号	級	
主治医	病院名		氏名		
利用する訪問看護 ステーション					
医療的ケアの状況	人工呼吸器 気管切開 吸引 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう） 酸素療法 導尿 中心静脈栄養（IVH） その他（)				

注意

- 1 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。
- 2 身体障害者手帳の写しを添付して下さい。