

第1号様式（第6条関係）

練馬区重症心身障害児（者）等 在宅レスパイト事業利用申請書

練馬区長 宛

年 月 日

練馬区重症心身障害児（者）在宅レスパイト事業の利用について、つぎのとおり申請します。

利用者	フリガナ				生年 月日	年 月 日		
	氏名							
	住所				電話 番号			
	主たる疾患（障害）名							
	身体障害者手帳	級	愛の手帳	度	<input type="checkbox"/> 医療的ケア児			
	身体機能	※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えられて座位が取れる 3 自力で座位が取れる 4 歩行に一部障害がある 5 自力で歩行できる						
	医療的 ケアの 状況	※該当する項目全てに○をしてください。 1 人工呼吸器管理 2 気管内挿管、気管切開 3 鼻咽頭エアウェイ 4 酸素療法 5 吸引（ 回/日） 6 ネブライザー（ 回/日・継続） 7 人工透析（ 回/週・腹膜灌流） 8 中心静脈栄養（IVH） 9 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう・腸管栄養） 10 留置カテーテル 11 定期導尿（ 回/日） 12 人工肛門 13 人工膀胱 14 けいれん 15 その他（ ）						
現在利用している 訪問看護事業所								

※利用者が18歳未満の場合は、保護者の方を申請者とし、以下を記入してください。

申請者	フリガナ				続柄	※利用者からみて
	氏名					
	住所				電話 番号	

以下の項目にご同意いただけない方は、欄にレ印をつけてください。

- 区職員が、利用者負担額にかかる区分決定のために、利用者および利用者と同一世帯に属する者の課税状況について確認すること。
- 本事業の利用について主治医および利用希望する訪問看護事業所に事前に承諾を得ていること。
- 必要に応じて、区の担当職員が訪問看護事業所等から本事業に係る医師の指示書（写）を徴すること。

※以下は記入しないでください。

《総合福祉事務所 事務処理欄》 () 総合福祉事務所 () 係 担当者 ()	利用者負担額に係る区分（該当する区分をチェック）			
	<input type="checkbox"/> 利用者 負担免除	<input type="checkbox"/> 一般1 (障害者)	<input type="checkbox"/> 一般1 (障害児)	<input type="checkbox"/> 一般2