

受付日	受付係
/	

## 江戸川区医療的ケア児養育者支援事業 申請書

( 新規 ・ 更新 ・ 変更 )

江戸川区長 殿

年 月 日 申請

以下のとおり申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号			
	居住地	〒 江戸川区				
緊急連絡先	氏名	電話番号	続柄			
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	支給申請に係る 児童氏名		続柄	年齢		

訪問診療所 (名称・住所・電話番号)	名称: 住所: 電話番号:
訪問看護事業者 (名称・住所・電話番号)	名称: 住所: 電話番号:
医療的ケアの状況	※該当する項目全てに○をしてください。 ア 人工呼吸器    イ 気管内挿管又は気管切開    ウ 鼻咽頭エアウェイ    エ 酸素吸入 オ 1日につき6回以上の頻回吸引    カ 1日につき6回以上又は継続したネブライザーの使用 キ 中心静脈栄養 (IVH)    ク 経管(経鼻・胃ろうを含む。)    ケ 腸ろう・経腸栄養 コ 継続する透析(腹膜灌流を含む。) サ 1日につき3回以上の定期導尿(人工膀胱を含む。)    シ 人工肛門
利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日 計 日間

次の3点に同意します。

- 1 本事業の利用と並行してサービス等利用計画又は障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、本事業支給決定に係る調査内容、及び支給決定内容を江戸川区から指定特定相談支援事業者又は指定障害児相談支援事業者の関係人に提供すること。
- 2 本事業を提供するために必要があるときは、本事業支給決定に係る調査内容、医師の診療情報提供書及び支給決定内容を江戸川区から本事業に係る医療関係人に提供すること。
- 3 医療的ケアに関するサービス情報の提供及び関係機関との調整等のため、上記申請内容を江戸川区役所関係部署及び医療的ケア児コーディネーターに提供すること。

申請者(保護者)氏名
------------