

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

該当する項目に○をつけてください

新規 (更新・変更)

江戸川区長 殿

2023年 5月 1日 申請

以下のとおり申請します。

申請者(保護者)	フリガナ	ヤマダ タロウ	生年月日	1990年 1月 1日		
	氏名	山田 太郎	電話番号	090-0000-0000		
	居住地	〒132-8501 江戸川区 中央1-4-1 中央ハイツ2				
緊急連絡先	氏名 山田 優子	電話番号	080-0000-0000	続柄	妻	
フリガナ	ヤマダ ハナコ	1日				
支給申請に係る児童氏名	山田 花子	続柄	子	年齢	3歳	

申請者(保護者)の情報を記入してください

お子様の情報を記入してください

訪問診療所 (名称・住所・電話番号)	名称: 中央在宅診療所 住所: 江戸川区中央1-4-1 電話番号: 03-0000-0000
訪問看護事業者 (名称・住所・電話番号)	名称: 中央訪問看護 住所: 江戸川区中央1-4-1 電話番号: 03-0000-0000
医療的ケアの状況	<p>※該当する項目全てに○をしてください。</p> <p>ア 人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> イ 気管内挿管又は気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> ウ 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> エ 酸素吸入 <input type="checkbox"/></p> <p>オ 1日につき6回以上の頻回吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/></p> <p>キ 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ク 継続する透析 <input type="checkbox"/></p> <p>コ 経管栄養 <input type="checkbox"/> ケ 経管投薬 <input type="checkbox"/></p> <p>サ 1日につき3回以上の定期導尿(人工膀胱を含む。) <input type="checkbox"/> シ 人工肛門 <input type="checkbox"/></p>
利用希望日	2023年 7月 1日 ~ 2023年 7月 3日 計 3日間

利用している診療所、訪問看護事業所を記入してください

該当する項目すべてに○をしてください

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

山田 太郎

上記3点を確認し、署名をしてください