

受付日	受付係
/	

江戸川区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業利用申請書

《 新規 ・ 更新 ・ 変更 》

江戸川区長 殿

年 月 日

以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	明治 昭和	大正 平成	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	自宅・会社等		続柄			
利用申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日	
			続柄		年齢			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 [下肢()級 体幹()級]							
愛の手帳	<input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 療育意見書等の提出(<input type="checkbox"/> 過去に提出済)							
医師の指示書	<input type="checkbox"/> 医師の指示書(写し)							
現在利用中の訪問看護事業者 (名称・住所・電話番号)								
身体機能	※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えられて座位がとれる 3 自力で座位がとれる 4 歩行に一部障害がある 5 単独で歩行できる							
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 2 たんの吸引(1日6回以上) 3 酸素療法 4 経管栄養(経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) 5 気管内挿管、気管切開 6 鼻咽頭エアウェイ 7 留置カテーテル 8 人工膀胱、定期導尿(1日3回以上) 9 人工肛門 10 中心静脈栄養 11 腹膜透析 12 ネブライザー(1日6回以上 ・ 継続使用) 13 その他()							

次の事項に同意します。

- 本事業の利用者負担額を決定するため、利用者本人又は世帯の収入に関する江戸川区の税情報及び手当支給情報が閲覧されること。
- 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、本事業の利用決定に係る調査内容、医師の指示書及び利用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。
- 本事業を提供するために必要があるときは、本事業の利用決定に係る調査内容、医師の指示書及び利用決定内容を江戸川区から本事業に係る訪問看護事業者及び医療関係人に提供すること。
- 本事業の利用決定がされた場合に支払われる支援費に係る請求及び受領の権限を本事業による医療的ケア等を提供する事業者委任します。

申請者氏名 _____ 代筆者 _____ (申請者との関係) _____