様式第１号（第７条関係）

日田市医療的ケア児在宅レスパイト支援事業　利用（変更）申請書

日田市長

申請日：　　年　　月　　日

下記のとおり、日田市医療的ケア児在宅レスパイト支援事業の利用(変更）を申請いたします。
また、訪問看護事業者から事業に必要な利用者等の情報を得ることについて同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者
(保護者等)</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="3">〒　　電話（　　－　　－　　）
日田市</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">医療的ケア児氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療的ケアの状況</td><td colspan="3">口経管栄養　口鼻腔吸引　口気管切開部（気管カニューレ）　口酸素療法
口人工呼吸器　口導尿　口糖尿病のインスリン注射
口その他（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">現在利用している訪問看護事業所</td><td rowspan="2">1</td><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
</table>

変更する場合のみ記載してください。

<table>
<tr><td>変更事由</td><td>□　氏名の変更
□　居住地の変更
□　医療的ケアの状況の変更
□　訪問看護事業所の【変更】　または　【追加】　※いずれかに〇をつけてください
□　利用登録の対象外となった
（理由：　　）</td></tr>
</table>

【注意】
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。