

新宿区重症心身障害児等在宅レスパイトサービス利用登録申請書

新宿区長 あて

年 月 日

新宿区重症心身障害児等在宅レスパイトサービスの利用について、次のとおり申請します。

医療的ケアが必要な方	フリガナ						生年 月日	年 月 日		
	氏名						個人番号			
	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			
	身体機能	※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えて座位 3 自力座位 4 歩行障害 5 歩ける								
	知的発達	※該当する状況に○をしてください。 1 最重度 2 重度 3 中度 4 軽度・境界 5 不明								
	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 3 酸素療法 4 経管栄養 5 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 9 人工肛門 10 中心静脈栄養 11 腹膜透析 12 けいれん 13 その他（ ）								
	現在利用している訪問看護事業者									

※医療的ケアが必要な方を介護する家族の方を申請者とし、以下を記入してください。

申請者	フリガナ						生年 月日	年 月 日		
	氏名						個人番号			
住所						電話番号				

同意確認欄	<p>申請者の利用者負担額の決定に必要な新宿区が保有する個人情報を見守る新宿区長が確認することに同意します。心身の状況及び必要となる医療的なケアを確認するため、必要に応じて、利用している訪問看護事業者から訪問看護提供にかかる医師の指示書の写しを徴することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>
-------	--

※以下は記入しないでください。

《障害者福祉課 事務処理欄》 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"/> 利用者負担なし	<input type="checkbox"/> 一般1（障害者）	<input type="checkbox"/> 一般1（障害児）	<input type="checkbox"/> 一般2

本人確認：

番号確認：