医療的ケア児在宅レスパイト事業利用（変更）申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（あて先）横須賀市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話  　横須賀市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用（変更）を申請します。  　なお、横須賀市が訪問看護ステーション等医療機関から事業に必要な利用者の情報を得ること及び訪問看護ステーション等医療機関へ事業に必要な利用者の情報を提供することについて同意します。 | | | | | |
| 利用児童 | フリガナ | |  | 生年月日 |  |
| 氏名 | |  | 申請者との続柄 |  |
| 在宅レスパイト事業を実施する訪問看護ステーション等医療機関 | １ | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| ２ | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 医療的ケアの状況 | 人工呼吸器　　経管栄養　　たんの吸引　　酸素療法　　気管切開  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 変更の場合は変更事由 |  | | | | |