第２号様式（第９条関係）

台東区重症心身障害児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用者登録申請書

台東区長　あて

台東区重症心身障害児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用者登録について、次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日生
	氏　　名			
	住　　所	〒 電話番号		
	申請に係る障害児(者)氏名	生年月日　　年　　月　　日生　　続柄		

身体障害者手帳	級	愛の手帳	度

身体機能	※該当する状況に〇をしてください。 1　寝たきり　　2　支えられて座位が取れる　　3　自力で座位が取れる 4　歩行に一部障害がある　　5　自力で歩行できる
医療的ケアの状況	※該当する項目全てに〇をしてください。 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（　　）

医療機関名　※訪問看護の指示をしている医療機関を記入してください。

医療機関名		主治医氏名	
住　　所		連　絡　先	

現在利用している訪問看護事業所

事業所名	①		②		③	
連絡先	①		②		③	

緊急連絡先　※レスパイト事業利用時の連絡確認先を記入してください。

①	氏名　　続柄
	自宅・勤務先・携帯（TEL　　―　　―　　）
②	氏名　　続柄
	自宅・勤務先・携帯（TEL　　―　　―　　）
③	氏名　　続柄
	自宅・勤務先・携帯（TEL　　―　　―　　）

以下の項目に同意することができないときは、□欄に×をつけてください。

□　この申請に当たり、所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

□　家族に連絡がつかず必要と判断する場合に、職員が主治医等に連絡を取るに当たり個人情報を用いることに同意します。

□　身体状況及び必要となる医療的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所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。