第１号様式

# 板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用申請書

板橋区長　宛

年　　月　　日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用について、つぎのとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="9">被介護者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる疾患（障がい）名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳</td><td>級</td><td>愛の手帳</td><td>度</td><td colspan="2">□　医療的ケア児</td></tr>
<tr><td>身体機能</td><td colspan="6">※該当する状況に○をしてください。<br>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<br>４ 歩行に一部障がいがある　　５ 自力で歩行できる</td></tr>
<tr><td>医療的ケアの状況</td><td colspan="6">※該当する項目全てに○をしてください。<br>１ 人工呼吸器管理※　２ 気管内挿管・気管切開　３ 鼻咽頭エアウエイ<br>４ 酸素吸入　５ 吸引（　　回/日）　６ ネブライザー（　　回/日・継続）<br>７ 中心静脈栄養（ＩＶＨ）　８ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう・腸管栄養）<br>９ 継続する透析（腹膜灌流を含む）　10 定期導尿（　　回/日）<br>11 人工膀胱　12 人工肛門<br>13 その他（　　）<br>※毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAP などは、人工呼吸器管理に含む</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">現在利用している訪問看護事業所</td><td>事業所名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">利用者（申請者）</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">続柄</td><td colspan="2" rowspan="2">※被介護者からみて</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
</table>

以下の項目にご同意いただける場合は、□欄にレ印をつけてください。

□　区職員が、利用者負担額決定のために、被介護者及び被介護者と同一世帯に属する者の課税状況について確認すること。

□　区職員が、利用決定のために、被介護者の障がい者手帳所持状況について確認すること。

□　本事業の利用について、主治医及び利用を希望する訪問看護事業所に事前に承諾を得ていること。

□　必要に応じて、区の担当職員が訪問看護事業所等から本事業に係る医師の指示書（写）を徴すること。

※以下は記入しないでください。

<table>
<tr><td rowspan="2">＜事務処理欄＞</td><td colspan="4">利用者負担額に係る区分（該当区分にレ印）</td></tr>
<tr><td>□利用者負担免除</td><td>□一般１（障がい者）</td><td>□一般１（障がい児）</td><td>□一般２</td></tr>
</table>