様式第１号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

　福智町長　　殿

保護者等氏名

 　　　　住所

連絡先

福智町医療的ケア児日常生活支援事業利用（変更）申請書

令和６年度において福智町医療的ケア児日常支援事業を利用（変更）したいので、福智町医療的ケア児日常支援事業助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、町が利用訪問看護ステーションから事業に必要な児童の情報を得ることについて同意します。

　また、事業の利用が決定した場合は、助成金の交付申請及び実績報告、交付決定通知の受領並びに助成金の請求及び受領に係る一切の権限を下記の訪問看護ステーションに委任します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名(保護者等との続柄) | （　　　　） | 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 住　所 |  |
| 身体障害者手帳 | あり・なし | 手帳番号 | 第　　　　　号 | 級 |
| 現在利用している訪問看護ステーション名 |  |  |  |  |
| 医療的ケアの状況 | 経管栄養　　　　喀痰吸引　　　　気管切開　　　　人工呼吸器　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※該当するものに印をつけてください。 |

関係書類

１　申請日に児童が訪問看護による医療的ケアを受けていることを証する書類（医師の訪問看護指示書の写し）

２　身体障害者手帳（写し）