（様式第１号）

宮崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業　利用登録（変更）申請書

宮崎市長　殿

申請日　　　年　　月　　日

　下記のとおり、宮崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録を申請いたします。

　また、訪問看護事業者から事業に必要な利用者及び利用登録にかかる医療的ケア児の情報を得ることについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 代筆者 |  | 申請者との関係 |  |
| 申請者（保護者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒電話：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用登録にかかる医療的ケア児 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 医療的ケアの状況 | 医療的ケア判定スコア（　　　　　　点）　※医師作成のスコア表より |
| □人工呼吸器　□気管切開　□鼻咽頭エアウェイ　□酸素療法□吸引　□ネブライザー　□経管栄養　□中心静脈カテーテル□導尿　□透析　□ストーマ　□痙攣時の医療処置　□皮下注射□血糖測定　□ブジー　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 現在利用している訪問看護事業所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |

変更する場合のみ記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事由 |  |