第１号様式（第５条関係）

年 月 日

武蔵村山市長　殿

申請者

住所

氏名

武蔵村山市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用登録申請書

武蔵村山市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業を利用したいので、その登録を申請します。

なお、提出した医師指示書及び本申請書の記載事項について、武蔵村山市長が、利用する訪問看護事業所に情報提供することに同意します。また、利用者負担額の決定に必要な世帯全員の所得状況を課税台帳等の公簿により確認することについても同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児（者） | 氏名 | | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | |
| 主たる疾患  （障害）名 | | | |  | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | 種　　　　級 | | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 愛の手帳 | | | | 度 | | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 世帯員氏名※ | 氏名 | | | | | 続柄 | 氏名 | | | | | 続柄 |
|  | | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | |  |  | | | | |  |
| （事業利用時）  緊急時連絡先 | | ① | 氏名 続柄 | | | | | | | | | |
| 自宅・勤務先・携帯 ☎ | | | | | | | | | |
| ② | 氏名 続柄 | | | | | | | | | |
| 自宅・勤務先・携帯 ☎ | | | | | | | | | |
| ③ | 氏名 続柄 | | | | | | | | | |
| 自宅・勤務先・携帯 ☎ | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | | 主治医 | | |  | |
| 住所 | | |  | | | | | 連絡先 | | |  | |
| 訪問看護  事業者名 | | |  | | | | | 担当者 | | |  | |
| 住所 | | |  | | | | | 連絡先 | | |  | |

※ 世帯員とは、障害児（１８歳未満）の場合、障害児及びその児と同一世帯に属する者とし、障害者（１８歳以上）の場合はその者及びその配偶者とする。 （日本産業規格Ａ列４番）