**奈良県医療的ケア児等在宅レスパイト（一時預かり）事業**

**利用登録申請書**

　　年　　月　　日

奈良県医療的ケア児等

在宅レスパイト（一時預かり）事業事務局　　　様

申請者　住　　所

　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　在宅レスパイト事業について、下記のとおり利用登録申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  |
| 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 医療的ケアの状況 | □人工呼吸器　□気管切開　□在宅酸素　□経鼻栄養　□胃ろう□腸ろう　□吸引　□吸入　□導尿　□膀胱留置カテーテル□人工透析　□特になし□その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 障害の状況 | □身体障害者手帳（　　　級・障害名　　　　　　　　　　　　　　）□療育手帳（　A1　,　A2　,　B1　,　B2　）□障害者支援区分（　１　,　２　,　３　,　４　,　５　,　６　）運動機能（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な介護者 | 氏名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 利用者及び介護者の住所 |  |
| 介護者の連絡先（電話） |  |
| 訪問看護ステーション | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| ※2つ以上の訪問看護ステーションで在宅レスパイトを利用される場合は記入してください。申請者のみが在宅レスパイトの提供を行う場合は記入不要です。 |

* 添付資料

医師の訪問看護指示書（有効期限内のもの）の写し、訪問看護計画の写し及び利用条件同意書を添付してください。