第１号様式（第６条関係）

八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用登録申請書

年　　月　　日

八王子市長　宛

次のとおり、八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業の利用登録を申請します。

申請者（保護者）	フリガナ		生年月日	年　　月　　日		
	氏　　名					
	住　　所	〒				
	電話番号	（　　）	FAX／E-mail			
対象児童	フリガナ		生年月日	年　　月　　日	続柄	
	氏　　名					
障害状況	身体障害者手帳（障害部位）	級（下肢　体幹　移動機能）	愛の手帳	度	大島分類	
	医療的ケア等	別添医師指示書のとおり				
医療機関	名　称		主 治 医			
			電話番号			
	所在地	〒				
希望する訪問看護ステーション	① 名　称		担 当 者			
			電話番号			
	① 所在地	〒				
	② 名　称		担 当 者			
			電話番号			
	② 所在地	〒				
緊急連絡先	① フリガナ		電話番号		続柄	
	① 氏　名		種　　別	自宅　勤務先　携帯		
	② フリガナ		電話番号		続柄	
	② 氏　名		種　　別	自宅　勤務先　携帯		
同意事項	次の事項について、同意します。 １　私及び私が属する世帯の他の世帯員の所得の状況等について、貴職が住民基本台帳又は課税台帳等の公簿により確認すること。 ２　この申請書（裏面を含む。）に記載した事項について、貴職が関係機関に調査等をすること。 ３　私の利用登録の内容及び別添の医師指示書の記載事項その他必要な事項について、貴職が上記訪問看護ステーションに情報提供をすること。 申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿					

【裏面に続く】

【裏面】

サービスを必要とする具体的な状況

（該当する□に✔を付し、内容を記載してください。）

□ 通所・通学の著しい困難	在籍する事業所又は学校の名称		担当者	
			電話番号	

【具体的状況】（該当する番号に〇を付し、その理由を記載すること。）

① 通所・通学が全くできない。

② 通所・通学に常時家族等の同行を要する。

③ 通所・通学ができる頻度が安定しない。（　　回／週　・　　回／月程度）。

【理由】

□ 支援を要する世帯員	区分	氏　名	生年月日	内容等
	未就学児		年　月　日	歳
	要介護（支援）認定者		年　月　日	要介護（　　） 要支援（　　） （保険者：　　市）
	障害児（者）		年　月　日	身体障害・知的障害 精神障害・難病 等

□ その他

【具体的内容】（書き切れないときは、別紙とすること。）

第１号様式（第６条関係）

記入見本

八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用登録申請書

申請書を記載した日付をご記入ください。

年　　月　　日

八王子市長　宛

申請者は、18 歳以上の場合は本人、18 歳未満の児童の場合は保護者となります。

次のとおり、八王子市[illegible]スパイト事業の利用登録を申請します。

申請者（保護者）	フリガナ		生年月日	年　　月　　日		
	氏　　名					
	住　　所	〒				
	電話番号	（　　）	FAX／E-mail			
対象児童	フリガナ	利用対象者が 18 歳未満の場合のみご記入ください。	生年月日	年　　月　　日	続柄	
	氏　　名					
障害状況	身体障害者手帳（障害部位）	級（下肢　体幹　移動機能）	愛の手帳	度	大島分類	
	医療的ケア等	手帳等級と障害部位をご記入ください。	[illegible]書のとおり			
医療機関	名　称	主治医についてご記入ください。	主 治 医			
			電話番号			
	所在地	〒				
希望する訪問看護ステーション ①	名　称	利用登録を希望する訪問看護ステーションをご記入ください。	担 当 者			
			電話番号			
	所在地	〒				
希望する訪問看護ステーション ②	名　称		担 当 者			
			電話番号			
	所在地	〒				
緊急連絡先 ①	フリガナ	緊急連絡先をご記入ください。	電話番号		続柄	
	氏　名		種　　別	自宅　勤務先　携帯		
緊急連絡先 ②	フリガナ		電話番号		続柄	
	氏　名		種　　別	自宅　勤務先　携帯		
同意事項	次の事項について、同意します。 １　私及び私が属する世帯の他の世帯員の所得の状況等[illegible]課税台帳等の公簿により確認すること。 ２　この申請書（裏面を含む。）に記載した事項につい[illegible]と。 ３　私の利用登録の内容及び別添の医師指示書の記載事[illegible]が上記訪問看護ステーションに情報提供をすること。 申請者氏名					

同意事項をご確認いただき、利用対象者が 18 歳以上の場合は本人、18 歳未満の児童の場合は保護者名でご署名ください。

【裏面に続く】

【裏面】

利用登録には、障害状況に加え、以下のいずれかに該当している必要がありますので、左端のいずれかに☑をつけたうえで、必ずご記入ください。

必要とする具体的な状況
（付し、内容を記載してください。）

在籍する事業所又は学校の名称		担当者	
		電話番号	

□ 通所・通学の著しい困難

【具体的状況】（該当する番号に○を付し、その理由を記載すること。）

① 通所・通学が全くできない。

② 通所・通学に常時家族等の同行を要する。

③ 通所・通学ができる頻度が安定しない。（　　回／週　・　　回／月程度）。

【理由】

「通所・通学の著しい困難」に☑を付けた場合、在籍する事業所又は学校の情報を記載し、【具体的状況】を選択したうえで、必ず【理由】をご記入ください。

いずれかに☑をつけてください。

□ 支援を要する世帯員

区分	氏　名	生年月日	内容等
未就学児		年　月　日	歳
要介護（支援）認定者		年　月　日	要介護（　　） 要支援（　　） （保険者：　　市）
障害児（者）		年　月　日	身体障害・知的障害 精神障害・難 病 等

利用対象者以外の世帯員に「未就学児」「要介護(支援)認定者」「障害児(者)」がいる場合は、左端「支援を要する世帯員」に☑をつけたうえで、該当する欄をご記入ください。

□ その他

【具体的内容】（書き切れないときは、別紙とすること。）

「通所・通学の著しい困難」「支援を要する世帯員」のいずれにも該当しない場合は、個別に必要性を勘案する必要があるため、その他の欄に詳細な状況をご記入ください。
審査の結果、利用対象外となる可能性もあります。