様式１

　　　　年　　月　　日

（あて先）

　　甲府市長

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　（患者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

**甲府市小児慢性特定疾病自立支援事業における看護人派遣事業利用申請書**

次により甲府市小児慢性特定疾病自立支援事業における看護人派遣事業を申請します。

また、この申請内容について、利用予定の訪問看護事業所等へ情報提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者本人 | フリガナ | |  | | 生年月日 | 年 　月　 日生  ( 　　 　歳) | |
| 児童氏名 | |  | |
| 住 所 | |  | | | | |
| 疾病名 | |  | | 小児慢性特定疾病医療受給者証受給者番号 | |  |
| 利用を希望する  サービスに☑を  つけてください | | * 活動支援型 | | | | | |
| * 在宅レスパイト型 | | | | | |
| サービスを必要とする理由（予定を含む）に  ☑をつけてください | | □ こども同士の交流や活動体験に参加  □ 介護者の休養、介護者の用事（受診、買い物、美容院等）  　□ 兄弟の習い事や行事等への参加  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用訪問看護事業者 | | 名称 | | 担当 | | | |
| 住所 | |  | | | |
| 連絡先 | |  | | | |
| かかりつけ医 | | 名称 | |  | | | |
| 住所 | |  | | | |
| 連絡先 | |  | | | |
| 利用希望期間 | | 年 　 月 　 日 時 分 から　　　年　　月 　 時　 分まで | | | | | |

※利用にあたっては主治医と相談の上、委託先の訪問看護事業所の了解を得てください。