

年 月 日

大分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

大分市長 殿

次のとおり、大分市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録（変更）を申請いたします。
なお、申請に当たっては、市が訪問看護事業者から事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

		代筆者		申請者（利用者） との関係	
申請者 （利用者）	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	〒 大分市 電話（ - - ）			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
利用登録に係る 医療的ケア児氏名			申請者（利用者） との続柄		
医療的ケアの状況		☐ 経管栄養 ☐ 口鼻腔吸引 ☐ 気管切開部（気管カニューレ）吸引 ☐ 酸素療法 ☐ 人工呼吸器 ☐ 導尿（ 回/日） ☐ 糖尿病のインスリン注射 ☐ その他（ ）			
現在利用し ている訪問 看護事業者	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	☐ 氏名の変更 ☐ 居住地の変更 ☐ 医療的ケアの状況の変更 ☐ 訪問看護事業者の【変更】 又は 【追加】 ※いずれかに○をつけてください。 ☐ 利用登録の対象外となった (理由：)
------	--