

医療型短期入所利用時夜間見守り体制支援事業利用登録(変更)申請書

(あて先) 山梨県知事

申請日： 年 月 日

下記のとおり、富士・東部圏域医療型短期入所利用時夜間見守り体制支援事業の利用(変更)を申請します。

なお、山梨県が居宅介護事業者等から事業に必要な利用者の情報を得ること及び居宅介護事業者等へ事業に必要な利用者の情報を提供することについて同意します。

		代筆者			申請者との関係		
1. 申請者 (保護者等)	フリガナ			生年月日			
	氏名						
	住所	〒 電話 ()			メールアドレス : @		
2. 利用児者	フリガナ			生年月日			
	氏名						
3. 疾患名等							
4. 主治医	所在地						
	医療機関の名称						
	医師の氏名						
5. 夜間見守り体制支援事業を実施する居宅介護事業者等	1	所在地					
		名称					
	2	所在地					
		名称					
	3	所在地					
		名称					
6. 医療的ケアの状況		医療的ケア判定スコア (点) ※医師作成のスコア表より <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻咽喉頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 痙攣時の医療処置 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> その他 ()					
7. 変更の場合は変更事由							

※添付資料

- 1 医療的なケアを受けていることの証明となる書類(医師の訪問看護指示書等(有効期限内のもの)の写し)がある場合は添付してください。(判定スコアが出ていなければ記入不要)
- 2 医療型短期入所の支給決定を受けていることの証明となる書類(受給者証の写し)を添付してください。
- 3 5で記載した居宅介護事業者等を利用していることの証明となる書類(契約書の写し等)を添付してください。