

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、山梨県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			性別	男・女	申請者との続柄	
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。

様式第1号(第9条関係)

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

記入例

(あて先) 山梨県知事

申請日: ○年○月○日

下記のとおり、山梨県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。

署名または記名押印		代筆者	申請者との関係	
1. 申請者 (保護者等)	フリガナ 氏名	ヤマナシ タロウ 山梨 太郎	生年月日	平成5年11月1日
	住所	〒320-0000 電話(000-0000-0000)		
		山梨県〇〇町1-1		
メールアドレス: 必須項目 @				
2. 利用児 者	フリガナ 氏名	ヤマナシ ハナ 山梨 花	生年月日	平成25年10月1日
	性別	男・女	申請者との続柄	長女
3. 疾患名等		脳性まひ		
4. 主治医	所在地	山梨県〇〇町2-1		
	医療機関の名称	〇〇病院		
	医師の氏名	□□ 医師		
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	山梨県〇〇町3-2	
		名称	ヘルパーステーション △△△	
	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(38点) ※医師作成のスコア表より <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻咽喉頭エアウェイ <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" 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				

医療的ケア判定スコアがある場合は、記入してください。無ければ記入は不要です。

※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。