

医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録(変更)申請書

(あて先) 山梨県知事

申請日： 令和 年 月 日

下記のとおり、山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業の利用(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 ()					
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. 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 ()					
4. 送迎支援を実施する居宅介護事業者等	1	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	2	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	3	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
5. 利用予定の医療型短期入所事業所	1	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	2	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
6. 変更の場合は変更内容及び変更事由							

※添付資料

- 1 市町村が発行した受給者証の写し
- 2 4. 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)
- 3 医師の訪問看護指示書の写しなど医療的なケアを受けていることの証明となる書類

医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録(変更)申請書

記入例

(あて先) 山梨県知事

申請日: 令和 6 年 〇 月 〇 日

下記のとおり、山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業の利用(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	やまなし いちろう		生年月日	平成1年10月1日		
	氏名	山梨 一郎					
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話 (〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇) 山梨県富士吉田市〇〇〇1-1					
2. 利用児 者	フリガナ	やまなし たろう		生年月日	平成30年5月1日		
	氏名	山梨 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	申請者との続柄	長男
3. 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"/> 鼻咽頭エアウェイ <input 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 ()					
4. 送迎支援を実施する居宅介護事業者等	1	所在地	山梨県△△市△△町1-1				
		名称	株式会社△△ △△△△事業所				
		連絡先	△△△-△△△-△△△△	担当者名	△△		
	2	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	3	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
5. 利用予定の医療型短期入所事業所	所在地	山梨県□□市□□町1-1					
	名称	□□市立病院					
	連絡先	□□□-□□□-□□□□	担当者名	□□			
	所在地						
	名称						
	連絡先		担当者名				
6. 変更の場合は変更内容及び変更事由							

※添付資料

- 1 市町村が発行した受給者証の写し
- 2 4. 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)
- 3 医師の訪問看護指示書の写しなど医療的なケアを受けていることの証明となる書類