

下野市重症障がい児者医療的ケア支援事業利用申請書

下野市長 様

下野市重症障がい児者医療的ケア支援事業について次のとおり申請します。また、利用者負担額の算定のため、私及び私の属する世帯員の収入状況、課税状況を確認することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名			
	住所	〒		
			電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	利用申請に係る児童氏名		続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号
障害の状況	<input type="checkbox"/> 気管切開を伴う人工呼吸器による常時呼吸管理を行っている重症障害児者(区分A) <input type="checkbox"/> 上記以外で、たん吸引、経管栄養、導尿等の常時医療的ケアを必要とする重症障害児者(区分B)			
他のサービスの利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	無・区分 1 2 3 4 5 6	
	介護保険	要介護認定	無・要支援() 要介護 1 2 3 4 5	
利用を希望する事業所	事業所名： 所在地：			
希望する利用開始日	年 月 日	一月当たりの利用日数	日	
備考				

※転入等により申請日の属する年の1月1日に下野市に住所がない方は、所得状況を確認できる書類を添付してください。