

第 1 号様式

年 月 日

町田市長 様

町田市重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト事業利用登録申請書

申請者氏名
(事業の対象者との続柄)
住 所 〒

電 話 番 号

町田市重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト事業の利用登録について、以下のとおり申請します。

事業 の 対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏 名		(歳)	(歳)
	住 所	〒 電話番号		
主たる疾病（障害）名				
障がいの状況		身体障がい（身体障害者手帳 種 級）		
		知的障がい（愛の手帳 度）		
世 帯 状 況	氏 名	続柄	氏 名	続柄
医療機関名（訪問看護の指示をしている医療機関を記入してください。）				
医療機関名			主治医	
医療機関 所在地			連絡先 電話番号	
利用する訪問看護事業者				
事業所名			担当者名	
事業所 所在地			連絡先 電話番号	
同意事項		次の事項について、同意します。 1 利用登録の審査、利用者負担額の決定等に必要な範囲で、事業の対象者の世帯に関する住民登録情報、課税情報、生活保護の受給状況等について市長が関係機関に調査、照会又は閲覧をすること。 2 申請者及び事業の対象者は、利用登録及び利用者負担額の決定を受けた場合に、その決定内容について市長が訪問看護事業者と共有すること。 申請者氏名		