

記入例

2024 年 ○月 ○日

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 町田 一郎
(事業の対象者との続柄) 父
住 所 〒 194-0022
町田市森野2-2-22
電話番号 042-724-0000

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	まちだ たろう	生年月日	2014年 1月 1日生
	氏名	町田 太郎	(歳)	(10 歳)
	住所	〒 194-0022 町田市森野2-2-22 電話番号 042-724-0000		
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 1 種 1 級） 知的障がい（愛の手帳 1 度）		
世帯状況	氏名	続柄	氏名	続柄
	町田 一郎	40	町田 次郎	8
	町田 春子	38		
	町田 太郎	10		
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	町田市民病院	主治医	△△ △△	
医療機関所在地	町田市旭町2-15-41	連絡先電話番号	042-722-△△△△	
利用する訪問看護事業者 町田市が契約している訪問看護事業所を記入してください。				
事業所名	□□訪問看護ステーション	担当者名	□□ □□	
事業所所在地	町田市中町1-1-1	連絡先電話番号	042-724-□□□□	
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 町田 一郎			