

様式第1号（第5条関係）

年　月　日

小郡市長

あて

(助成対象者)

住所

氏名

年度小郡市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書

年度において小郡市医療的ケア児在宅レスパイト事業を利用したいので、小郡市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

利用者名 (申請者との続柄)	()	生年月日	年　月　日	(　歳)
住所				
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第　　号	級
医療的ケアの状況	経管栄養　　口鼻腔吸引　　気管切開部（気管カニューレ）　　酸素療法 人工呼吸器　　導尿　　糖尿病のインスリン注射 その他（ ）			

注意

- 医療的なケアを受けていることの証明となる書類（医師の指示書の写し等）を添付してください。
- 身体障害者手帳の写しを添付して下さい。