様式第１号（第５条関係）

難病患者等介護家族リフレッシュ事業利用申請書

年　月　日

（宛先）静岡市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　難病患者等介護家族リフレッシュ事業を利用したいので、静岡市難病患者等介護家族リフレッシュ事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者住所 |  | | | | |
| 対象者氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生  （年齢　　　　　　歳） |
| 区　分  （該当に○） | １　特定疾患患者　　　　　　　　２　指定難病患者  ３　小児慢性特定疾病児童等　　　４　重度心身障害児（者）  ５　筋ジストロフィー患者 | | | | |
| 病　名 |  | | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | |
| 利用計画 | 時間 | 利用見  込回数 | 訪問を必要とする状況  （例：介護者が通院するため月１回利用　等） | | |
| ２時間 | 回 |  | | |
| ３時間 | 回 |  | | |
| ４時間 | 回 |  | | |
| ５時間 | 回 |  | | |
| ６時間 | 回 |  | | |
| 合計 | 回 |  | | |
| 主治医の氏名・医療機関名 | | ＴＥＬ | | | |
| 利用を希望する訪問看護  事業者の名称・所在地 | |  | | | |
| 添付書類 | | １　滞在型訪問看護又は医療的ケアの必要を認める医師の指示書の写し  ２　難病患者等であることを証する書類（市が管理する台帳等により確認できる場合を除く。） | | | |