

杉並区重症心身障害児(者)在宅レスパイト等訪問看護事業登録申請書
兼医師意見書作成費用助成申請書

令和 年 月 日

杉並区長 宛

(利用者)

氏名

住所

電話番号

杉並区重症心身障害児(者)在宅レスパイト等訪問看護事業実施要綱第5条の規定に基づき次のとおり登録の申込み及び意見書助成を申請します。

フリガナ 被介護者				普段の呼称	
生年月日	年 月 日 (歳)				
障害の 状況	愛の手帳 度		身体障害者手帳 級		
	障害名				
医師意見書 作成費用	円				
家 族 構 成					
氏名	続柄	生年月日	勤務先・就学先など(電話)		
	本人	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

※上記事業の利用に当たり、必要な場合は杉並区長が医療機関への情報収集及び情報提供することについて同意します。

申請者 _____ (自書)

利用者 _____

※医師意見書作成費用の助成については、杉並区重症心身障害児(者)在宅レスパイト等訪問看護事業実施要綱第5条の規定に基づき利用登録が認められた方のみへの助成となります。