

北九州市小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業登録申請書

令和 年 月 日

北九州市長 殿

申請者住所
 氏 名 印
 (児童等との続柄)
 連絡先(電話番号)

北九州市小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり事業の登録について申請します。

なお、一時入院に必要な調整を行う場合に、当該申請書の内容を、下記の「かかりつけ医療機関」及び北九州市小児慢性特定疾病児童等自立支援員に提供することに同意します。

記

ふりがな 児童等氏名	男 女	生年月日	平成 令和 年 月 日 (歳)
児童等住所			
疾病名			
小児慢性特定疾病 医療受給者番号	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
対象者要件	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者認定 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/> 気管切開を行っている <input type="checkbox"/> 常時頻回の喀痰吸引を行っている 		
かかりつけ 医療機関	医療機関名		主治医
	1		
	2		
	3		
		受診頻度	

【職員記入欄】

児童等の住所地	<input type="checkbox"/> 北九州市に住所地を有す
対象者要件	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者認定 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/>気管切開を行っている <input type="checkbox"/>常時頻回の喀痰吸引を行っている 喀痰吸引の状況; ()
レスパイト内容	<input type="checkbox"/> 介護者の療養 <input type="checkbox"/> きょうだい児の行事・看護 <input type="checkbox"/> その他 ()

	受付担当	担当者	係長	課長
月				
日				

受付印 

伺) 上記申請について受理し、子育て支援課に進達してよろしいか。