年　　月　　日

高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用変更届

　　高知市長　　　　　　様

住　　所

届出者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　（※）

　※ 自書しない場合は，記名押印をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　利用決定を受けた高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業について，下記のとおり内容の変更が生じましたので，高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業実施要綱第10条の規定により，届け出ます。また本事業を実施するために市長が世帯の課税状況，申請者に関する生活状況等について調査することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 利用者名 |  |  |
| 対象者名（医療的ケアが必要な者） |  |  |
| 住所 |  |  |
| 緊急連絡先 |  |  |
| 障害又は医療的ケアの状況 |  |  |
| 医療機関（主治医） |  |  |
| サービス提供事業者 |  |  |
| その他 |  |  |

※　必要な医療的ケアの状況に変更が生じる場合は，主治医から訪問看護指示書を受領し添付してください。