第１号様式（第６条関係）

年　　月　　日

高知市長　　　　　　様

高知市重症心身障害児（者）等定期受診支援事業利用申請書

高知市重症心身障害児（者）等定期受診支援事業実施要綱第６条の規定により，関係書類を添えて下記のとおり高知市重症心身障害児（者）等定期受診支援事業の利用を申請します。また，本事業を実施するために市長が重症心身障害者等に関する受療状況及び配慮すべき事柄等について調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  ※ 対象者本人  ※ 対象者が18歳未満の場合は保護者 | | フリガナ |  | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　名 | （※）  　　　　　※ 自書しない場合は，記名押印をお願いします。 | | | | | | 年　　月　　日生 | |
| 住　所 |  | | | | | | | |
| 対象者  （申請者が保護者の場合のみ記入） | | 氏　名 |  | | | 続　柄 | | | 生　年　月　日 | |
|  | | | 年　　月　　日生 | |
| 障害等の  状　況 | | □身体障害者手帳（　　　　種　　　　級）　　□療育手帳（　　　　　　　　　）  □医療的ケアの内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | | | |
| １ | 氏名 | | | | | | | 続柄 | |  |
| 自宅・勤務先・携帯（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ２ | 氏名 | | | | | | | 続柄 | |  |
| 自宅・勤務先・携帯（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 定期受診する医療機関名及び頻度(複数記載可) | | | | | | | | | | |
| 医療機関名  　頻度 | | | | 医療機関名  　頻度 | | | 医療機関名  頻度 | | | |
| 利用するサービス提供事業者（訪問看護事業所等） | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | |  | | | 担当者名 |  | | | | |
| 住 所 | |  | | | 電話番号 |  | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | |

【添付書類】

第２号様式（高知市重症心身障害児（者）等定期受診支援事業医師指示書）または，すでに利用中の訪問看護指示書の写し