様式第１号（第５条関係）

　年　　月　　日

姶良市長　　　　　殿

申請者（助成対象者)

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　年度姶良市医療的ケア児等在宅支援事業利用申請書

　　　　年度において姶良市医療的ケア児等在宅支援事業を利用したいので、姶良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名  (申請者との続柄) | （　　　　　　　） | 生年月日  （年齢） | | | 年　　月　　日生（　　　　　歳） |
| 住 所 | 姶良市 | | | | |
| 医療的ケアの状況 | 経管栄養　口鼻腔吸引　気管切開部管理(気管ｶﾆｭｰﾚ)　酸素療法  人工呼吸器　導尿　糖尿病のインスリン注射  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用訪問看護  ステーション名 |  | | 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 添付書類 | １　医療的ケアを受けていることの証明となる書類（医師の指示書の写し等）  ２　訪問看護ステーションとの契約書の写し又は利用していることがわかる書類 | | | | |

（注）助成対象者：要綱第３条に定める医療的ケア児の家族（医療的ケア児の保護者等で、現に当該医療的ケア児の看護及び介護を行っていると姶良市長が認めた者）

　　　利用者：要綱第２条第２項に定める医療的ケア児

　　　署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

私は、本利用申請にあたり、下記１～３の内容について誓約及び同意します。

申請者（助成対象者)氏名

１．申請者及びその同一世帯の者に市税等の滞納はありません。

２．本事業利用の審査の範囲で、申請者及びその同一世帯の者に係る市税等の課税及び納付状況につい

て照会・調査することに同意します。

３．本事業の助成金の交付申請、請求及び受領を、利用訪問看護ステーションに委任します。