

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

始良市長 殿

申請者（助成対象者）

住 所

氏 名

㊟

電話番号

年度始良市医療的ケア児等在宅支援事業利用申請書

年度において始良市医療的ケア児等在宅支援事業を利用したいので、始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	始良市		
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）と始良市長が認めた者）

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。

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

(助成申請者)

殿

始良市長



年度始良市医療的ケア児等在宅支援事業利用(却下)決定通知書

年 月 日付で申請のあった始良市医療的ケア児等在宅支援事業の利用については、始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、利用(却下)を決定しました。

記

1. 利用決定

利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			
医療的ケアの状況	経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部 (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			

2. 却下決定

理 由	
-----	--

却下の場合

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、始良市長に対し審査請求をすることができます。
- 決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、始良市を被告として（訴訟において始良市を代表する者は始良市長となります。）、提起することができます。なお、決定の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

始良市長 殿

(訪問看護ステーション)

住 所

名 称

代表者氏名



電 話 番 号

始良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金交付申請書兼請求書

_____年 _____月分の始良市医療的ケア児等在宅支援事業を実施したので、始良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1. 申請・請求金額 金 _____ 円

2. 実績

利用者数	人	延べ 利用時間	時間
------	---	------------	----

3. 受取口座

金融機関名		支店名等	
口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

関係書類

- (1) 始良市医療的ケア児等在宅支援事業利用者台帳（様式第3号別紙）
- (2) 受取口座の通帳写し及び債権者登録依頼書（助成金交付申請の初回のみ）
- (3) その他始良市長が必要と認める書類

様式第3号別紙

始良市医療的ケア児等在宅支援事業利用者台帳(年 月 分)

利用者氏名 (医療的ケア児)	訪問看護 ステーション名	
合計利用時間 (下表の利用時間/日の合計。 1時間未満の端数がある場合切り捨て)	年度内累計利用時間 (今回利用分を含む)	時間 / 24時間 (注1)
助成金額	円	(助成金額は要綱第4条別表の算式のうち、Cを本台帳の「合計利用時間」として算定した額を記入すること)

日付	医療的ケアの内容	実施場所 ※該当の番号に○をする。 複数可。	訪問看護利用時間 (注2、注3)		備考 ※自宅外でのケアの場合、看護場所を記入
			開始時刻	終了時刻	
1 日		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()	:	:	
2 日		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()	:	:	
3 日		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()	:	:	
4 日		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()	:	:	
5 日		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()	:	:	

(注1) 利用者(医療的ケア児)1人につき、助成対象の利用時間数は1年度当たり24時間が上限です(1年度内に利用訪問看護ステーションが変更になった場合も利用時間数は累計されます)。

(注2) 本事業の助成対象となる利用時間数は健康保険法の適用対象となる時間を控除した時間数です。

(注3) 同日に助成対象となる複数回の訪問がある場合は、各回の利用時間について開始・終了時刻が分かるように記入し、その合計を利用時間/日の欄に記入して下さい。

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

（助成対象訪問看護ステーション）

名 称

代表者氏名

殿

始良市長



年 月分始良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金
交付決定及び確定通知書

年 月分の申請及び請求があった始良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金については、始良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり交付決定及び確定しましたので通知します。

記

1. 交付決定及び確定額 金 _____ 円

2. 交付日（予定日） _____ 年 月 日