

沖縄県療養生活支援事業利用申請書

沖縄県知事 殿

沖縄県療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

フリガナ			生年月日	年 月 日
小児慢性特定疾病 支給児童氏名				()歳
疾病名			小慢受給者番号	
申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒	続柄	
			連絡先	電話: FAX:
人工呼吸器装着の有無		有 () 無		
その他の医療ケアの内容				
事業所名① (訪問看護ステーション等)				
事業所名② (訪問看護ステーション等)				
医療機関 記入欄	上記の対象児童は、病状が安定し、在宅でのレスパイト事業を受ける事が可能です。	医療機関名		印
		主治医名		

療養生活支援事業に係る同意書

- この事業は、介護者・家族の療養、休息、用事等により一時的に介護が出来ない場合に自宅において利用していただくものです。
- この事業は、沖縄県と事業所（訪問看護ステーション等当該事業が可能な小児慢性指定医療機関、以下「事業所」という。）との委託契約で行われますが、通常の訪問看護の内容とは異なります。よって、入浴等要員が必要な内容については行うことはできません。
- 申請をする際には、**太枠の中に必要な事項を記入した後、事業の利用について主治医の承諾を受けてください。**（枠の最下段は医療機関で署名してください）
- 医療機関における署名は必ずしも公印でなくとも私印でも構いません。また、やむを得ない場合はサインでも可とします。
- 利用申請が承認されると、「利用・管理票」を交付します。利用期間、限度時間数を確認して下さい。
- 利用にあたっては、概ね1か月前には事業所に申し出て調整して下さい。また、複数の事業所を利用している場合は、利用時間が重ならないようにご注意ください。
- 利用時間は原則として午前9時～午後5時までの間とします。ただし、ご利用予定の事業所が対応可能な場合に限り、最大午後10時まで継続の利用が可能です。事前に対応の可否を確認し、利用時間について調整をした上でご利用ください。
- そのほか、事業所の休業日に利用したい場合等についても、事業所に事前に相談を行い、承諾を得た上でご利用下さい。

上記の事項に同意し、療養生活支援事業の利用申請をします。

児童氏名 _____

申請者氏名 _____ 印