様式第１号（第６条、第７条関係）

医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用（変更）申請書

年　　月　　日

（宛先）五島市長

申請者 住 所
氏 名　　（※）
電 話

（※） 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

五島市医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業による助成を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">利用申請に係る医療的ケア児</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>医療的ケアの状況</td><td colspan="3">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（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">利用する指定訪問看護ステーション</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒　－</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td></td></tr>
<tr><td>変更理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

備考　「変更理由」欄は、変更の場合のみ記載してください。