

様式第1号(第7条関係)

医療的ケア児等レスパイト支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先)加賀市長

申請者 住所
氏名

1 医療的ケア児等レスパイト支援事業の利用を希望する児童

児童氏名		歳	生年月日	年 月 日生
現住所	〒			
緊急連絡先	順位	続柄	氏名	電話番号

2 実施を希望する医療的ケアの内容及び方法等

診断名	
医療機関	医院名()診療科()
	主治医名()

上記病名について次の医療的ケアを家族の代わりに在宅で実施することを希望します。

医療的ケアの内容	自宅で実施を希望する方法等(具体的に記載)

3 留意点

[]

同意書

当該事業の利用に当たり、市及び医療的ケアを提供する事業者が、主治医、その他の支援関係者から医療的ケアに係る児童の個人情報を取得することに同意します。

申請者 氏名

取得した個人情報は、当該事業の実施に必要な範囲内で利用します。
個人情報の保護に関する法律第69条の規定に該当する場合を除き、利用目的以外の目的のために取得した個人情報を利用し、又は上記の関係者以外の第三者に提供することはありません。
児童の体調により、レスパイト支援が受けられない場合があります。
実施される医療的ケアは、日頃家族が行っているケアになります。