川崎市重度障害者訪問看護サービス等支援事業更新申請書

（宛先）　川崎市長

次のとおり、重度障害者訪問看護サービス等支援事業の継続利用を申請します。

なお、申請にあたり、階層区分の決定に関する事務を処理するため、私の世帯の生活保護受給の有無、市民税課税状況を川崎市が確認することに同意します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者住所 | 〒　　　　　－ | | |
| 川崎市　　　区 | （電話番号：　　　－　　　－　　　） | |
| 申請者氏名 |  | | （利用者との続柄：　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人情報** | ふりがな |  | **住　所** | 〒　　　　　－ | |
| **氏　名** |  | 川崎市　　　　区 | |
| **手帳・等級** | □ 身体障害（　１　 ２　 ３　 ４　 ５　 ６　 級） | | | |
| □ 知的障害（　Ａ１　 Ａ２　 Ｂ１ 　Ｂ２　 ） | | | □ 精神障害（　１ 　２ 　３ 　級） |
| **訪問看護**  **利用状況** | □ 医療保険利用　 　□ 医療保険・介護保険併用（介護度：　１　 ２　 ３　 ４　 ５　） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯の状況** | **氏　名** | **続　柄** | **氏　名** | **続　柄** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **利用希望訪問看護機関** | **機関①** | **機関名称** |  |
| **所在地** | 〒　　　　－ |
| （電話番号：　　　－　　　－　　　） |
| **機関②** | **機関名称** |  |
| **所在地** | 〒　　　　－ |
| （電話番号：　　　－　　　－　　　） |
| **サービス内容** | | □ ①本人及び介護者の療養生活に関する相談・助言 |
| □ ②本人及び介護者の健康観察・看護指導 |
| □ ③体位交換及び褥瘡の予防等の看護サービス |
| □ ④その他必要な看護に関すること |

|  |  |
| --- | --- |
| **備　考** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜事務処理欄＞  （この欄は記入しないでください。） | 利用額負担区分（該当する区分をチェック） | | | |
| □　利用者負担無 | □　一般１(障害児) | □　一般１(障害者) | □　一般２ |