

静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用登録申請書

静岡県知事 様

静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用者登録要領第2条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名		電話番号	
	住所			
受診者 (子ども)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
医療的ケアの内容 (チェック欄(□)に「レ」を入れてください。)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザーの管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 継続的な透析 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 排便管理 <input type="checkbox"/> 痙攣時の対応		
<b>【同意事項及び誓約事項】</b> (チェック欄(□)に「レ」を入れてください。) <input type="checkbox"/> 医療的ケアの内容を確認するため、県がスコア表作成医療機関、市町及び通所支援事業所等に問い合わせること並びに各機関が県に回答することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 私は、小児慢性特定疾病医療費又は特定医療費（指定難病）の支給認定を受けている者ではありません。				

●入院／通院先医療機関

の医療的ケア内容		左の医療的ケアに係る入院／通院を行う医療機関	①	名称	
				所在地	
			②	名称	
				所在地	

※記入欄が不足する場合は、この様式の例により作成した書面に記載して、当該書面を添付すること

●支援金入金口座の情報

口座振込	金融機関名	銀行・信金 農協・労金		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (かかけで記入してください。)			