

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	シズオカ タロウ	受診者との続柄	父
	氏名	静岡 太郎	電話番号	000-000-0000
	住所	藤枝市岡出山1-11-1		
受診者 (子ども)	フリガナ	シズオカ ハナコ	生年月日	2010年10月1日
	氏名	静岡 花子		
医療的ケアの内容 (チェック欄(□)に「レ」を入れてください。)		<input checked="" 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	
【同意事項及び誓約事項】(チェック欄(□)に「レ」を入れてください。)				
<input checked="" 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 checked="" 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	人工呼吸器管理	左の医療的ケアに係る入院/通院を行う医療機関	①	名称	静岡県立こども病院
				所在地	静岡市葵区漆山860
			②	名称	浜松医科大学医学部附属病院
				所在地	浜松市中央区半田山1-20-1

※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	静岡銀行	県庁支店
	預金種別	普通	口座番号 0000000
	口座名義人 (かかけで記入してください。)	シズオカ タロウ	