別記様式第１号（第５条関係）

今治市医療的ケア児在宅レスパイト費支給申請書

年　　月　　日

　（宛先）　今治市長

住所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　今治市医療的ケア児在宅レスパイトサービス費の支給を受けたいので、今治市医療的ケア児

レスパイト費事業実施要綱第５条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所　〒　　　　　　今治市  　　　　対象者氏名　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生　）  　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　（連絡先）　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 障害等級等 | | 身体障害者手帳 |  | | 療育手帳 | |  | | 精神障害者  保健福祉手帳 | |  |
| 身体及び介護の状況（具体的に） | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 年齢 | | 職業 | | 備考 | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | 電話番号  年齢  住所及び連絡先 | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
| 申請時間（年間）  時間  ※利用申請月から3月までの残月数×４時間を上限とする。 | | | | | | | | | | | |
| 利用理由 | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | | | | | | | | | | | |