

(様式第 1 号)

年 月 日

富山市医療的ケア児支援に係る看護師派遣事業申請書

(宛先) 富 山 市 長

(申請者)

住所

事業所名

代表者職氏名

連絡先

次のとおり、富山市医療的ケア児支援に係る看護師派遣事業の支給を申請します。

対象児童	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	保護者氏名		保護者連絡先	
利用施設等	名称			
	所在地			
施設等での生活上必要な医療的ケア	☐ 経管栄養による栄養剤等の注入 ☐ 吸引 (☐ 口鼻腔 ☐ 咽頭まで) ☐ 薬剤吸入 ☐ その他 ()			
派遣利用希望期間及び回数	年 月 日から 年 月 日 (期間中 回)			
対象児童が利用中の訪問看護ステーション	名称 : 電話番号 :			
主治医	医療機関名			
	所在地			
	医師氏名			
備考				

(同意書)

私は が、富山市医療的ケア児支援に係る看護師派遣事業を利用すること及び対象児童の病状、私（保護者）と私の家族の世帯状況や連絡先等の個人情報について、事業の実施に必要があるときは、必要最小限度の範囲において使用することに同意します。

年 月 日 住 所

氏 名

連絡先