

令和3年度の利用を「希望される場合」、令和3年7月30日(金)までに、同封の返信用封筒にてお申し込みください。

## 通院支援利用申込書

■ 支援を希望するものに○を付けてください

- 1 運転手派遣      2 訪問看護師付添い

※ 地域の事業者の協力が困難な場合があります(特に訪問看護師付添い)。『どちらか一方の実施が難しい場合は、もう片方の方法を希望する』という場合は、両方に○をつけ、希望する順位を上  
の番号で下記に記入してください

第1希望		第2希望	
------	--	------	--

■ 下記欄の記入をお願いします ※ ご記入いただきました個人情報につきましては、当該事業にのみ使用し、それ以外の目的に使用したり、第三者に提供したりといったことはいたしません。

お子さんのご氏名		保護者のご氏名	
お子さんの生年月日		お子さんの性別	
ご自宅住所			
通院先の病院名	(自宅からの距離:約 km)		
お子さんの疾病名			
必要な医療的ケア ※ 該当項目に○を付けてください	吸引・経管栄養・人工呼吸器・酸素療法・気管切開・導尿管 中心静脈栄養・人工肛門 その他 ( )		
ご利用の訪問看護事業所 ※ 訪問看護師付添いをご希望される場合			
ご連絡先	ご希望の連絡手段でご記入ください(電話又は電子メール) ※電話の場合、希望の連絡時間帯がありましたらご記入ください ( )		
通院状況 (負担が重い状況を記入してください)	※ 「●分毎に吸引が必要」、「付き添ってくれる家族がない」等、できるだけ詳しく記載してください。		
備考欄			