

申込日：令和 年 月 日

通院支援利用申込書

事業の利用にあたり下記に同意し申込みます。

確認欄 (□にチェックを入れてください)	☐ この事業は年度ごとに申込みが必要です。 ☐ 本事業を利用の際、万が一事故等により同乗者に被害が生じた場合は、申込者又は申込者の家族が加入する自動車保険を利用します。 ☐ 本事業を利用の際、保険適用とならない事故等があった場合、問題解決まで誠意をもって対応します。 ☐ 【添付書類】/運転手派遣のみ】通院支援事業で利用する自家用車の自動車保険証書の写し
------------------------------------	---

■ 支援を希望するものに○を付けてください

1 訪問看護師付添い 2 運転手派遣

■ 下記欄の記入をお願いします

お子さんのご氏名	フリガナ	申込者氏名	本人との関係 ()
お子さんの生年月日		お子さんの性別	男 ・ 女
ご自宅住所	〒		
ご連絡先 ()	優先順にご記入ください。 続柄 ①電話() メール() () ②電話() メール() ()		
通院先の病院名 ※記載した機関への通院のみ利用できます。漏れがないよう記入ください。 ※所要時間は家を出てから帰宅するまでの概ねの時間を記入してください。	① (所要時間約 時間/年 回) ② (所要時間約 時間/年 回) ③ (所要時間約 時間/年 回) ④ (所要時間約 時間/年 回)		
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・中心静脈栄養・人工肛門・その他 ()		
訪問看護事業所 ※訪問看護師の付添いを希望する場合記入してください。	事業所名 事業所は通院支援に【・対応可・対応不可・確認していない】 ※いずれかに○をつけてください。 【事業所の担当者名】 【連絡先】		
通院状況	※「●分毎に吸引が必要」、「付き添ってくれる家族がいない」等、詳しく記載してください。		

※新規申込みの場合、利用開始までおおよそ1～2か月かかります。

※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。