（第4号様式）

名古屋市障害児（者）日中一時受入事業医療的ケア加算対象者認定（変更）申請書

　　年　　月　　日

（宛先）名古屋市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| (事業所名) |  |

名古屋市障害児（者）日中一時受入事業実施要綱第17条に基づき、　年　月　日在籍の医療的ケア加算対象者の認定を次のとおり（変更）申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 利用者氏名 | 入所年月日 | 医療的ケア内容 | 変更対象者 (該当する者に〇) | 備考  (変更内容等) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※看護職員配置予定表（別紙１）を添付すること。

※新規に認定する者及び認定内容に変更のあった者については、医師意見書（別紙２）を添付すること。ただし、認定調査時において、医師意見書を徴しているものに関しては、提出は不要とする。



（別紙２）

医　師　意　見　書（日中一時受入事業　加算対象者確認用）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 申請者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 |
| 住　所 | 〒 |
| 現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療 | □　中心静脈栄養（IVH）  □　透析  □　ストーマの処置（人工肛門）  □　酸素療法  □　レスピレーター（人工呼吸器）  □　気管切開の処置  □　疼痛の管理  □　経管栄養（胃ろう・腸ろう含む）  □　モニター測定  □　じょくそうの処置  □　カテーテル  □　喀痰吸引処置（回数　　　回／日）  □　間歇的導尿  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記の申請者に関する意見は、以上の通りです。  主治医として本意見書が障害児(者)日中一時受入事業の医療的ケア加算の申請に利用されることに  □　同意する　　　　　□　同意しない  　　　　　　　年　　月　　日  　医療機関名称  　医療機関所在地  　電話番号  　担当医師氏名 | |