

横浜市医療的ケア児・者レスパイト利用登録（変更）申請書

令和〇年〇月〇日

（あて先） 横浜市長

裏面の同意事項に同意のうえ、次のとおり、横浜市医療的ケア児・者レスパイト事業の利用登録申請をします。

- ☒ 新規申請
- ☐ 変更申請（変更のあった項目のみ右端の「変更」欄にチェックを記入してください。）

該当するボックスに  
チェックを入れて  
ください

		変更
フリガナ	ヨコハマ タロウ	
申請者氏名	横浜 太郎	
利用者との続柄	父	
申請者住所	〒 231-0005 横浜市中区本町6丁目〇〇番地〇	
申請者電話番号	045-671-〇〇〇〇	

フリガナ	ヨコハマ ハナコ	
医療的ケア児・者の氏名	横浜 花子	
医療的ケア児・者の生年月日	令和 2 年 3 月 4 日 5 歳	X
医療的ケア （該当するものに チェック）	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
疾患名	〇〇症候群	
主治医医療機関名	〇〇病院	
主治医医療機関連絡先	045-671-〇〇〇〇	主治医氏名 横浜 一郎

## 横浜市医療的ケア児・者レスパイト事業にかかる同意事項

- ・登録事業所が横浜市に利用登録申請を行う際、この申請書に加えて主治医からの指示書（訪問看護指示書等）を添付して申請します。
- ・利用登録申請に対して横浜市が登録の承認を通知してから、横浜市医療的ケア児・者レスパイト事業（以下、「レスパイト事業」といいます。）を利用します。
- ・レスパイト事業の利用を開始する前に、利用する事業所に対して、「横浜市医療的ケア児・者レスパイト利用登録（変更）通知書（第4号様式）」を提示します。
- ・利用上限を超える費用やその他に発生する費用（交通費やキャンセル料等）については、横浜市は負担しません。  
これらの費用負担については、利用者及び申請者と事業者との間で双方同意のうえサービスを利用します。
- ・損害の賠償について利用する事業所から説明を受け、同意したうえでレスパイト事業を利用します。
- ・事業所がサービスを提供する際に必要となる情報について、主治医からの指示書以外にも事業所間で収集および提供することがあります。
- ・レスパイト事業を医療保険制度による訪問看護と連続して利用する場合は、医療保険制度による訪問看護を優先して利用します。
- ・利用登録の内容に変更が生じる場合場合は、「横浜市医療的ケア児・者レスパイト利用登録（変更）申請書（第3号様式）」を登録事業所に提出します。
- ・虚偽その他不正の手段によって申請、利用等を行ったことが判明した場合は、横浜市は利用登録を取り消すとともに、横浜市医療的ケア児・者レスパイト事業実施要綱第8条第1項に定める支払いを行いません。

チェックボックスに  
チェックを入れてください



横浜市医療的ケア児・者レスパイト事業の利用登録申請にあたり、  
以上の事項を確認し、同意しました。