

様式第1号（第7条関係）

熊谷市重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業実施
申請書

令和〇〇年△▲月□■日

様
熊谷市長 宛

申請者 所在地 ○○○○
法人名 ▲□○
代表者名 熊谷 太郎

下記の者に対し、熊谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業（短期入所・~~日中一時支援~~）を実施したいので、下記のとおり申請します。

記

フリガナ	○●◎ △□■	生年月日	平成◎●年△■月□○日
利用者氏名	○●◎ △□■	(年齢)	(15歳)
住所			
手帳	身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> (1級)・無 療育手帳 有 ()・無		
医療的 ケアの状況	(様式第2号の写しを添付)		
実施事業	短期入所 ・ 日中一時支援 (25点以上 ・25点未満)		

【添付書類】

主として事業に携わる看護師等の専門スタッフの履歴書の写し
(日中一時支援事業を行う者に限る) 事業所で1部

様式第2号（第7条関係）

医療的ケアの状況

利用者氏名 ○●◎ △□■

判定日 令和◎年△月□日

	項目	スコア	該当の有無	備考
1	レスピレーター管理（※1）	10点	有	
2	気管内挿管、気管切開	8点	無	
3	鼻咽頭エアウェイ	5点	有	
4	O ₂ 吸入又はSpO ₂ 90%以下の状態が10%以上	5点	無	
5	1回/時間以上頻回の吸引	8点	有	
	6回/日以上頻回の吸引	3点	無	
6	ネブライザー 6回/日以上又は継続利用	3点	無	
7	IVH	10点	無	
8	経口摂取（全介助）（※2）	3点	無	
	経管（経鼻・胃ろう含む）（※2）	5点	無	
9	腸ろう・腸管栄養（※2）	8点	無	
	持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	3点	無	
10	手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	3点	無	
11	継続する透析（腹膜灌流を含む）	10点	無	
12	定期導尿（3回/日以上）（※3）	5点	無	
13	人工肛門	5点	無	
14	体位変換 6回/日以上	3点	無	

※1 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む。※2 8、9は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。※3 人工膀胱を含む。

上記のとおり対象とする該当利用者は、知的障害者及び重度の肢体不自由が重複し、かつ、上記のスコア表の各項目に規定する状態が6か月以上継続する者である。

所属機関名：△□■

判定者氏名：□◇◎○

※判定者は、医療機関においては担当医師、それ以外においては担当看護師等の専門職とする。

様式第4号（第9条関係）

熊谷市重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア
事業補助金交付申請書

令和〇〇年▲△月■□日

様
熊谷市長 宛

申請者 所在地 ○○○○
法人名 ▲□○
代表者名 熊谷 太郎

熊谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業所名 ▲□○
- 2 補助金交付申請額 金20,000円
- 3 補助事業の対象期間 令和〇△年4月分・5月分

様式第7号（第12条関係）

熊谷市重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア
事業補助金交付請求書

令和〇〇年■△月△□日

様
熊谷市長 宛

申請者 所在地 〇〇〇〇
法人名 ▲□〇
代表者名 熊谷 太郎

令和〇〇年△■月◎◎日付けをもって決定のありました令和〇〇年度熊谷市
在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金について
交付を受けたいので、下記のとおり請求します。

記

- 1 補助金交付決定額 金20,000円
2 振込先

金融機関名	◎△■銀行
本・支店名	熊谷支店
預金種別	(当座・普通)
口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8
(ふりがな) 口座名義	くまがや じろう 熊谷 次郎

※請求者と振込先口座名義が異なる場合、下記委任状が必要となります。
(委任者の記名・押印)

委任状

熊谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助
金については、上記振込口座名義人に受領を委任します。

令和〇〇年■△月△□日

委任者 事業所（法人名） ▲□〇

代表者職氏名 代表理事 熊谷 太郎 熊谷