

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録（変更）申請書

（あて先） 広島市長

申請日： 年 月 日

下記のとおり、広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録を申請します。

訪問看護事業者から事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

また、利用者負担上限月額に関する認定に際して、広島市長が必要と認める場合には、私及び私の世帯員について、生活保護の受給状況その他の事項を調査・確認されること及び、市民税等課税状況の情報を市民税担当課に確認の上、利用されることに同意します。なお、調査等については私の世帯員の同意を得ています。

		代筆者			申請者との関係	
申請者 (医療的ケア児の保護者)	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	居住地	〒 電話 (- -) 広島市 区				
フリガナ				生年月日	年 月 日	
利用登録にかかる医療的ケア児氏名						
		申請者との続柄				
医療的ケアの状況		経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部（気管カニューレ） 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他 ()				
現在利用している 訪問看護事業所	所在地					
	氏名または名称					

変更する場合のみ記載してください。

変更事由	
------	--

(裏面もあります)

〈利用者負担上限額の認定について〉

☐ 利用者負担上限月額に関する認定を受けることを申請します。

<認定区分>

- ① 生活保護世帯等に属する世帯
- ② 市民税非課税（配偶者も非課税）の世帯
- ③ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円未満の世帯
- ④ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円以上の世帯

住民票上の世帯員又は扶養親族について（太枠内のみ記入してください。）

	氏名	生年月日	年齢	本人との関係	税法上の扶養親族 ※ 市民税課税世帯の場合のみ記入して下さい。		市民税額 (年度)
世帯主又は扶養親族	世帯主	昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ

様

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録決定（却下）通知書

広島市長 松井 一寛 印
(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録（変更）申請について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

決定内容	利用登録決定 ・ 利用登録却下
	(却下の場合の理由)

利用登録内容

利用登録者氏名 (医療的ケア児の保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
利用登録年月日	年 月 日
登録期間	年 月 日から 利用登録にかかる医療的ケア児が18歳に達する日以降の最初の3月31日まで
利用時間	一年度あたり48時間を上限とする。
利用者負担額	0円 ・ サービス費用の1割（上限4,600円/月の適用 有・無） ※ 適用期限は次に到来する6月末までです

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業者

事業者名	(連絡先)
備考	

(問合せ先)
〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課
(電話) 082-504-2148 (FAX) 082-504-2256

様

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録取消通知書

広島市長 松井 一實 印

(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録について取り消したので、通知します。

利用登録内容

利用登録者氏名 (医療的ケア児の保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
利用登録取消日	年 月 日
取消理由	

(問合せ先)

〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課
(電話) 082-504-2148 (F A X) 082-504-2256

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録申請書

年 月 日

(あて先) 広島市長

申請者 所在地
(設置者) 名 称
代表者

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業を行う事業者として、登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ											
	事業者の名称											
	主たる事務所の所在地		〒									
	法人である場合その種別						法人所轄庁					
	連絡先	電話番号					FAX番号					
		e-mail										
登録を受けようとする事業所	フリガナ											
	事業所の名称											
	事業所（施設）の所在地		〒									
	連絡先	電話番号					FAX番号					
		e-mail										
	訪問看護ステーションコード											
	指定年月日（訪問看護）											

記入担当者

(備考)

- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 複数の登録を受けようとする事業所がある場合は、その事業所数分の申請書を提出してください。

(様式第 5 号)
広障自第 号
令和 5 年 月 日

様

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録通知書

広島市長 松井 一實 印
(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の事業者登録申請について、次のとおり決定したので通知します。

登録内容

登録番号		登録事業所		
事業所（施設）の所在地		〒		
連絡先	電話番号		FAX番号	
	e-mail			
登録年月日	令和 5 年 月 日			

(問合せ先)
〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課
(電話) 082-504-2148 (F A X) 082-504-2256

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録変更届出書

年 月 日

(あて先) 広島市長

申請者 所在地
(設置者) 名 称
代表者

下記のとおり、登録を受けた内容を変更しますので届け出ます。

登録内容を 変更する事業所	登録番号		登録事業所	
	事業所（施設）の所在地		〒	
変更があった事項			変更の内容	
1 事業所（施設）の名称			(変更前)	
2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）				
3 申請者（設置者）の名称				
4 主たる事務所の所在地				
5 代表者の氏名及び住所			(変更後)	
定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又 6 は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）				
7 運営規程				
8 その他				
変更年月日			年 月 日	

記入担当者

(備考)

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 登録内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書

(あて先) 広島市長

所在地

名 称

代表者

下記のとおり、広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名		サービス提供月	年	月分
医療的ケア児氏名		生年月日	年	月 日
当該1年間(※1)における累計利用時間 (本件実績までを含む)			時間 / 48時間	

日付	サービス提供時間※2		サービス 算定時間※3	利用者 サイン (印)	備考
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		

サービス算定時間 合計	:
-------------	---

※1 当該1年間とは、4月1日～翌3月31日までを指します。

※2 健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を除いてください。

※3 日ごとのサービス算定時間は、サービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、1時間単位
(30分未満切り捨て、30分以上切り上げ) で記載してください。※4 本報告書の提出に当たっては、部分完了届を添えて報告してください。
契約期間の最終月のみ、完了届の提出も必要です。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用者負担額等更新申請書

(あて先) 広島市長

申請日： 年 月 日

下記のとおり、利用登録している広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用者負担額及び利用者負担上限月額の認定を更新することを申請します。

訪問看護事業者から事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

また、利用者負担上限月額に関する認定に際して、広島市長が必要と認める場合には、私及び私の世帯員について、生活保護の受給状況その他の事項を調査・確認されること及び、市民税等課税状況の情報を市民税担当課に確認の上、利用されることに同意します。なお、調査等については私の世帯員の同意を得ています。

		代筆者		申請者との関係	
申請者 (医療的ケア児の保護者)	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 電話 (- -) 広島市 区			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
利用登録にかかる医療的ケア児氏名			申請者との続柄		
医療的ケアの状況		経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部 (気管カニューレ) 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他 ()			
現在利用している 訪問看護事業所	所在地				
	氏名または名称				

変更する場合のみ記載してください。

変更事由	
------	--

(裏面もあります)

〈利用者負担上限額の認定について〉

☐ 利用者負担上限月額に関する認定を更新することを申請します。

<認定区分>

- ① 生活保護世帯等に属する世帯
- ② 市民税非課税（配偶者も非課税）の世帯
- ③ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円未満の世帯
- ④ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円以上の世帯

住民票上の世帯員又は扶養親族について（太枠内のみ記入してください。）

	氏名	生年月日	年齢	本人との関係	税法上の扶養親族 ※ 市民税課税世帯の場合のみ記入して下さい。		市民税額 (年度)
世帯主又は扶養親族	世帯主	昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		☐ 税法上の扶養者	☐ 税法上の被扶養者	☐ 所得割 () ☐ 均等割のみ

年 月 日

様

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用者負担額等更新決定（却下）通知書

広島市長 松井 一實 印
(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用者負担額等更新申請について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

決定内容	更新決定 ・ 更新却下
	(利用者負担額) 0 円 ・ サービス費用の 1 割（上限 4,6 0 0 円/月の適用 有・無）
	(適用期間)
	(却下の場合の理由)

利用登録内容

利用登録者氏名 (医療的ケア児の保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
登録期限	利用登録にかかる医療的ケア児が18歳に達する日以降の最初の 3 月31日まで
利用時間	一年度あたり48時間を上限とする。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業者

事業者名	(連絡先)
備考	

(問合せ先)
〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課
(電話) 082-504-2148 (F A X) 082-504-2256