

(第1号様式)

医療的ケア児送迎利用支援事業利用申請書

(宛先) 京都市長	年 月 日
保護者の住所	保護者氏名
	電話

京都市医療的ケア児送迎利用支援事業実施要綱第4条第1項に基づき、以下のとおり申請します。			
児童氏名		性別	生年月日
必要とする医療ケア			
対象児童が利用する施設			
対象児童が通学する学校			
送迎区間	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけること <input type="checkbox"/> 学校から上記施設 <input type="checkbox"/> 上記施設から自宅		
送迎手段			
利用する指定訪問看護事業者 ※ 複数ある場合は、すべて記載			

(添付書類)

- ・ 小児慢性特定疾病受給者証又は課税証明書（京都市医療的ケア児訪問看護利用支援事業利用のために提出している場合は省略可）
- ・ 主治医意見書（京都市医療的ケア児訪問看護利用支援事業利用のために提出している場合は省略可）

指定訪問看護事業者に代理受領を依頼する場合

- ・ 送迎利用支援費の請求及び受領に関する委任状

代理受領を希望しない場合

- ・ 振込を希望する口座（保護者の口座）

上記の申請に係る認定を受けることができた場合において、京都市から指定訪問看護事業者に対しこの認定に関する情報が提供されることに同意します。

(保護者氏名)

\_\_\_\_\_