

年 月 日

（宛先）小金井市長

申請者（18歳未満の場合は保護者）

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

小金井市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用申請書兼医師  
指示書作成料助成申請書

小金井市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業について、必要書類を添えて次のとおり利用を申請します。

なお、申請者の所得状況について、課税台帳等の公簿により小金井市長が確認すること並びに提出した医師指示書及び利用決定内容について、小金井市長から利用する訪問看護事業所に情報提供することについて同意します。

利 用 者	氏名		生年月日		
	住所				
	主たる疾患（障害）名				
	身体障害者手帳	級（程度）	愛の手帳	度（程度）	
医 療 機 関 等	主治医	(医療機関名) (電話番号)		(主治医氏名)	
	現在利用中の訪問看護事業所	(事業所名) (電話番号)		(本事業利用に係る担当者名)	
医 師 指 示 書	助成対象額（支払額）				
	振込口座	銀行・金庫・組合		支店	
		口座番号		普通・当座	
		口座名義（カタカナ）			

※市記入欄

利用者負担額			
負担免除（区分1・2）	一般1（区分3）	一般1（区分4）	一般2（区分5）