

様式第1号（第5条関係）

三鷹市重症心身障がい児（者）等家族支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）三鷹市長

申請者（利用者が18歳未満の場合は保護者）

住 所

氏 名

三鷹市重症心身障がい児（者）等家族支援事業の利用について、必要書類を添えて次のとおり申請します。

利 用 者	氏 名		生年月日	
	住 所			
	主たる疾患（障がい）名			
	身体障害者手帳	級	愛の手帳	度
医 療 機 関 等	主治医	(医療機関名)		
		(主治医氏名)		
		(電話番号)		
	現在利用中の 訪問看護事業者	(事業者名)		
(電話番号)				

なお、助成の決定に当たって、私の世帯の所得状況等の確認については、三鷹市が公簿等により行うことに同意します。

また、提出した医師指示書及び利用決定内容について、三鷹市長から利用する訪問看護事業者に情報提供することに同意します。