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◎年△▲月□■日

様

熊谷市長　　~~宛て~~

申請者　所在地　　〇〇〇〇
法人名　　▲□〇
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	〇●◎　△□■	生年月日 （年齢）	**平成◎●年△■月□〇日** （**１５歳**）
利用者氏名	〇●◎　△□■		
住所			
手帳	身体障害者手帳　㊞（　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◎年▲△月■□日

様

熊谷市長　　~~宛て~~

申請者　所在地　　〇〇〇〇
法人名　　▲□〇
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	▲□〇
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◎△年４月分・５月分

様式第５号（第９条関係）

レスパイトケア事業補助金実施報告書

令和◎△年４月分　　事業所名（▲□〇）

Ｎｏ.	利用者氏名	様式第３号合計点数	事業内容	利用期間	日数	補助金申請額
１	○●◎　△□■	２３点	短期・日中一時	令和◎△年４月分～令和□◎年３月分	１日	１０，０００円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円

様式第５号（第９条関係）

レスパイトケア事業補助金実施報告書

令和◎△年５月分　　事業所名（▲□〇）

Ｎｏ.	利用者氏名	様式第３号合計点数	事業内容	利用期間	日数	補助金申請額
１	○●◎　△□■	２３点	短期・日中一時	令和◎△年４月分～令和□◎年３月分	１日	１０，０００円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円
		点	短期・日中一時	～	日	円

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◎年■△月△□日

様
熊谷市長　　~~宛て~~

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◎年△■月◎◎日付けをもって決定のありました令和〇◎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	１２３４５６７８
(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◎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