

(表面)

様式第1号 (第5条関係)

堺市重症障害者医療的ケア支援申請書

年 月 日

堺市長殿

(郵便番号 -)

申請者 住所 堺市

氏名

(対象者との続柄)

堺市重症障害者医療的ケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり支援の申請をします。
なお、課税状況及び健康状況の調査について同意します。

1 派遣を必要とする者 (対象者)

フリガナ		生 年	年 月 日
氏 名		月 日	(歳)
住 所	堺市	電 話 番 号	-
身体障害者手帳	障害名	等級等	
生活保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付	受けている ・ 受けていない		

2 支援を希望する理由及び希望するサービスの内容

支援を希望する理由	
希望するサービスの内容	

3 本人の状況 (医療機関又は訪問看護ステーションの方に記入してもらってください。)

身体状況評価	診断名_____	
1. 運動機能	<input type="checkbox"/> 座位不可 <input type="checkbox"/> 座位以上可	2. 介護スコア_____点 (裏面 判定基準)
医療機関・訪問看護ステーション名_____		
記入者	職種	氏名_____

(裏面)

*介護スコア 判定基準

	医療的ケアの内容	介護スコア
呼吸管理	1. レスピレーター管理	10
	2. 気管内挿管又は気管切開	8
	3. 鼻咽頭エアウェイ	8
	4. O ₂ 吸入又はS a O ₂ 90%以下の状態が10%以上 (+インスピロンによる場合)	5 (+インスピロンによる場合にあつては、8)
	5. 1時間当たり1回以上の頻回の吸引 (又は1日当たり6回以上の頻回の吸引)	8 (1日当たり6回以上の吸引を行う場合にあつては、3)
	6. ネブライザー常時使用 (又はネブライザー1日当たり3回以上の使用)	5 (ネブライザー1日当たり3回以上の使用する場合にあつては、3)
機能食事	1. IVH	10
	2. 経管、経口全介助(胃・十二指腸チューブなど含める)	5
状態の有無 消化器症	姿勢制御、手術などにもかかわらず、内服剤で抑制できない コーヒー様の嘔吐がある場合	5
他の項目	1. 血液透析	10
	2. 定期導尿(1日当たり3回以上)・人工肛門(各)	5
	3. 体位変換(全介助) 1日当たり6回以上	3
	4. 過緊張により1週当たり3回以上の臨時薬を要する場合	3

4 同居の家族の状況(生計中心者には◎印を、主な介護者には○印を付してください。)

印記入欄	氏名	対象者からみた続柄	年齢	備考

※生計中心者とは、派遣対象者又は派遣対象者の父、母、配偶者及び子のうち最多納税者(非課税の場合は、事実上世帯を主宰し、生計維持の中心となっている人)です。

5 緊急時の連絡先

氏名		続柄	
住所		電話番号	() —