

様式第2号（第6条関係）

堺市重症障害者医療的ケア支援決定（変更）通知書

年 月 日

様

堺 市 長 団

年 月 日付けで申請があった堺市重症障害者医療的ケア支援事業実施要綱に基づく支援については、次のとおり決定（変更）したので通知します。

対象者氏名	
支援開始日	年 月 日（ ）から
支援変更日	年 月 日（ ）から変更
支援の時間	月 時間
支援する訪問看護ステーション	
(支援の内容)	
費用負担区分	生活保護世帯 ・ その他の世帯（1割負担）

備考

- 1 1回の派遣時間は1時間単位で、原則として2時間を限度としています。
- 2 上記の費用負担区分に基づく徴収金にあつては納付書（徴収金のある方にのみ送付します。）により堺市に、交通費その他の実費分にあつてはステーションの長に支払ってください。その費用を1ヶ月分以上滞納したときは、支援を廃止し、又は停止することがあります。
- 3 上記の「生活保護世帯」には、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を受けている世帯を含むものとします。