

大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業 利用登録（変更）申請書

年 月 日

(あて先) 大阪市長

次のとおり、大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業利用登録（変更）申請をします。
なお、大阪市が指定訪問看護事業者等から事業に必要な利用者の情報を得ること及び指定訪問看護事業者等へ事業に必要な利用者の情報を提供することについて同意します。

- 新規申請
 変更申請（変更のあった項目のみ右端の「変更」欄にチェックを記入してください。）

フリガナ	オオサカ タロウ	変更
申請者氏名 (保護者等)	大阪 太郎	
利用登録者との続柄	父	
申請者住所	〒 530-8201 大阪市北区中之島1-3-20	
申請者電話番号	06-6208-7986	

フリガナ	オオサカ ジロウ	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	大阪 次郎	
生年月日	令和 4 年 5 月 6 日	3 歳
医療的ケアの状況	<input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()	
登録訪問看護事業所 所在地	大阪市北区●●1丁目1番地	
登録訪問看護事業所 名称	●●訪問看護事業所	

(添付資料)

- 訪問看護指示書の写し
 世帯全員の市町村民税の額を証する書類または同意書（様式第2号）

【裏面にも記載箇所があります】

大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業にかかる同意事項

- 利用登録申請に対して大阪市が登録の決定を通知してから、大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業（以下「レスパイト事業」という。）を利用します。
- レスパイト事業の利用を開始する前に、利用する事業所に対して、「大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業利用登録決定通知書（第3号様式）」を提示します。
- 利用上限を超える費用やその他に発生する費用（交通費やキャンセル料等）については、大阪市は負担しません。
これらの費用負担については、利用者及び申請者と事業者との間で、費用負担する者を明らかにし、費用負担について双方同意のうえ、サービスを利用します。
- 損害の賠償について利用する事業所から説明を受け、同意したうえでレスパイト事業を利用します。
- 事業の実施に際し、大阪市が事業所から事業に必要な利用者の情報を得る場合があります。
- レスパイト事業を医療保険制度による訪問看護と連続して利用する場合は、医療保険制度による訪問看護を優先して利用します。
- 利用登録の内容に変更が生じる場合場合は、「大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業利用登録（変更）申請書（第1号様式）」を登録事業所に提出します。
- 虚偽その他の不正な手段によって申請、利用等を行ったことが判明した場合は、大阪市は利用登録を取り消すとともに、大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業実施要綱第6条第1項に規定する支払いを行いません。



大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業の利用登録申請にあたり、以上の事項及び『大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業実施要綱』の内容を確認し、同要綱を遵守すべきことについて、同意しました。

同意書

(あて先) 大阪市長

私は、大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業の利用登録を受けるにあたり、私及び以下の世帯員全員について、住民登録資料、課税台帳等の関係公簿を閲覧されることに同意します。
なお、以上の内容については、次の世帯員全員の承諾を得ています。

住民票上同一の世帯に属する世帯員についてご記入ください。

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	住所（申請者と異なる場合）	※市記載欄 課税状況
オオサカ タロウ 大阪 太郎	平成2年3月4日	父		
オオサカ ハナコ 大阪 花子	平成3年4月5日	母		
オオサカ ジロウ 大阪 次郎	令和4年5月6日	子		
	. .			
	. .			

令和8年4月1日

(申請者)

住所 大阪市北區中之島1-3-20

氏名 大阪 太郎

※ 本年1月1日現在（1～6月の申請の場合は前年1月1日現在）に市内に在住されていない方は閲覧できませんので、市町村民税の額を証する書類の提出が必要です。