（様式第３号）

　長野市障害児自立サポート利用申請書（　　　　年度）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　長野市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　長野市障害児自立サポートを利用したいので、長野市障害児自立サポート事業実施要綱第６の規定により申請します。

　なお、利用者負担額の審査等を行うために限り、利用者及び同一世帯員、同一生計者の住民基本台帳情報、税関係情報、生活保護情報について調査し、取得した情報を必要な範囲で利用することに同意します。

　また、支援者がその障害に配慮し、かつ常識的な援助を行っている限りにおいては、万一不慮の事故、負傷等があっても、法的な責任を含む一切の責任を支援者及び長野市に問いません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 |  |  |
|  | 　　年　　月　　日生（　　歳）（個人番号　　　　　　　　　　） |
| 手帳の資格等（該当に☑印） | 手帳の種類 | 等　級 |  |
| □身体障害者手帳 | 級 |
| □療育手帳 |  | 本人確認書類マイナ・運転免許証・身・療・精・保険証・パスポート |
| □精神障害者保健福祉手帳 | 級 |
| □医師の診断書 | ※手帳の交付を受けていない場合のみ、診断書や在学証明書等（写し可）が必要です。 |
| □特別支援学校・学級に通学または在籍（学校名　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 以下に該当の場合は、☑チェックの上、第２面の利用者情報欄への記入が必要です。　　　　　□ 医療的ケアあり 　　□ 重症心身障害児 |
| 緊急時の連絡先 | 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 氏名 | 利用者との続　　　柄 |
| 希望する支援者 | 住所又は所在地 | 電話 |
|  | **事業所名：** |

**○　医療的ケア等　利用者情報**（該当箇所に☑印をしてください。）

※支援事業所が、生活介護・療養介護・児童発達支援・放課後等デイサービス・短期入所のいずれかの指定事業所で、かつ常勤換算で１名以上の看護職員が配置されていることが必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | 看護職員による支援が必要な□経管栄養　□人工呼吸器　□気管切開　□酸素吸入　□たんの吸引□その他（　　　　　　　　　　　）の医療的処置を必要とする障害児**※看護指示書の写し・看護職員の勤務体制及び勤務形態がわかる一覧表の添付を****支援事業所へご依頼ください。** |
| **□** | 重症心身障害児 |