

医療的ケア児等介護等支援助成申請書

豊島区長

申請日

年 月 日

医療的ケア児等介護等支援助成事業による助成を希望するため、下記のとおり申請します。
 助成の審査のため、私の世帯の住民登録資料について関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

申請者 (保護者)	住所 〒		電話番号
	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	
児童	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 年 月 日 (歳)
対象者要件	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児（愛の手帳1. 2度と身体障害者手帳1. 2級（自ら歩くことができない程度の肢体不自由）を有する者） <input type="checkbox"/> 医療的ケア児 （主な医療的ケアの内容： ） <input type="checkbox"/> 上記に準ずる者		
申請する経費 (経費内容及び概算金額)	(例) 見守りカメラ30,000円、 通院先への介護タクシー代20,000円 など		

【添付書類】

- 申請する経費の内容や概算金額の確認ができる書類等（全ての申請者の方）
- 対象者要件の確認ができる医師の診断書又は指示書（以下「提出が免除される方」以外の方）
 （提出が免除される方）

重症心身障害児 (右記いずれかに該当する方)	<input type="checkbox"/> 愛の手帳1. 2度と身体障害者手帳1. 2級（自ら歩くことができない程度の肢体不自由）のいずれも有する方 <input type="checkbox"/> 前年度以降に、障害福祉課児童・障害児支援グループへ重症心身障害児であることを証明する医師診断書（意見書）等を提出している方
医療的ケア児 (右記いずれかに該当する方)	<input type="checkbox"/> 豊島区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業利用登録決定を受けている方 <input type="checkbox"/> 前年度以降に、障害福祉課児童・障害児支援グループへ医療的ケア児であることを証明する医師診断書（意見書）・指示書・医療的ケアの判定スコア(医師用)等を提出している方