壬生町からの医療的ケア児者に関する情報発信　調査書及び申請書

※情報受信の希望に関わらず、別紙の調査書及び申請書に必要事項を記載し、障がい福祉係窓口か、郵送、ＦＡＸ、メールでご提出ください。

○壬生町からの情報発信を　（　希望します　・　希望しません　）

※どちらかに丸をつけてください。

<table>
<tr><td rowspan="9">医療的ケア児者</td><td>ふりがな
氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>難病等疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所持している手帳</td><td colspan="3">□　身体障害者手帳　（　　級）
□　療　育　手　帳　（　　）
□　精神障害者保健福祉手帳（　　級）
※該当する手帳に☑と等級をご記載ください。</td></tr>
<tr><td>必要な医療的ケア</td><td colspan="3">□気管切開を伴う人口呼吸器
□たん等の吸引
□経管栄養
□導尿
□その他（　　）

※該当するケア内容に☑お願い致します。その他部分に書ききれない場合は裏面をご活用ください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>ＴＥＬ：</td><td colspan="2">ＦＡＸ：</td></tr>
<tr><td colspan="3">メールアドレス：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>続　柄</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>