

様式第1号（第5条関係）

鶴岡市医療的ケア児（者）看護師派遣事業利用申請書

年 月 日

鶴岡市長 様

鶴岡市医療的ケア児（者）看護師派遣事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、鶴岡市医療的ケア児（者）看護師派遣事業の利用決定のために必要な市民税課税台帳等の照会をすることについて承諾します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		利用者との続柄	
	住所	〒 電話番号		
利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号		
主治医	所属医療機関			
	所在地			
	氏名			

※主治医の了承のもと作成された訪問看護指示書を添付のこと。