

野田市告示第93号

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業実施規則（令和8年野田市規則第21号）の施行に関し必要な様式のひな型を別紙のとおり定め、令和8年4月1日から施行する。

令和 8年 4月 7日

野田市長 鈴木 有

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業利用（変更）申請書

次のとおり申請します。なお、事業の実施に必要な利用者の情報について、野田市が訪問看護事業所から取得すること及び野田市が訪問看護事業所へ提供することについて同意します。

利用者	住 所			
	氏 名		性別	男 女
	生 年 月 日	年 月 日		
	医療的ケアの状況	人工呼吸器 気管切開	経管栄養 その他（	たん吸引 酸素療法 ）
保護者	住 所		続柄	
	氏 名			
主治医	所 在 地			
	医療機関名称			
	医師の氏名			
利用する事業所※	1	所 在 地		
		名 称	サービス利用の同意を受けた日（ 年 月 日）	
	2	所 在 地		
		名 称	サービス利用の同意を受けた日（ 年 月 日）	
変更の場合は 変更事由				

※ 利用する事業所は、現在対象者に訪問看護を提供している事業者に限る。

※ 訪問看護指示書（有効期限内のもの）及び訪問看護計画書の写しを添付。

第 年 月 日 号

様

野田市長

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業利用（決定・更新・却下）通知書

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業について、以下のとおり決定・更新・却下したので通知します。

1 決定（更新）内容

利用者	住 所			
	氏 名		性別	男 女
	生 年 月 日	年 月 日		
利用する事業所	1	所 在 地		
		名 称		
	2	所 在 地		
		名 称		
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		
利用上限時間		4時間／月		

2 却下

理由
----

教示

- この処分について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 年 月 日 号

様

野田市長

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業利用変更決定通知書

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業利用変更申請について、以下のとおり決定したので通知します。

利用者	住所			
	氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日		
利用する事業所	1	所在地		
		名称		
	2	所在地		
		名称		
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		
利用上限時間		4時間/月		

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業利用辞退届出書

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業の利用について辞退しますので、野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業実施規則第9条の規定により、次のとおり届け出ます。

利用決定者

氏 名

生年月日

辞退の理由

- 転出のため
- 対象者に該当しなくなったため
- その他 ( )

第 年 月 日 号

様

野田市長

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業利用取消通知書

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業について、以下のとおり取り消したので通知します。

利用者	住 所			
	氏 名		性別	男 女
	生 年 月 日	年	月	日
取消しの時期		年	月	日
理 由				

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業サービス提供記録票  
(            年            月分)

(宛先) 野田市長

所 在 地  
名 称  
代表者名

表記のことについて、次のとおりサービスを提供したので報告します。

利用者氏名		保護者氏名	※利用者が 18 歳未満の場合
利用者住所			

提供日	提供時間			看護師氏名	利用者等 確認欄 ※2
	開始	終了	時間※1		
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
月 日	:	~	:	時間 分	
	提供時間合計			時間 分	

※1 提供時間は、1 時間以上かつ 30 分単位

※2 署名又は押印

野田市医療的ケア児者在宅レスパイト事業実績報告書兼請求書  
( 年 月分)

(宛先) 野田市長

所在地  
名称  
代表者名

表記のことについて、次のとおりサービスを提供したので、サービス提供記録票を添えて報告するとともに請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

利用者氏名	提供時間合計 ※	金額 (円)
	時間 分	円
	時間 分	円
	時間 分	円
	時間 分	円
	時間 分	円
	時間 分	円
	時間 分	円
	時間 分	円
時間・金額合計	時間 分	円

※ サービス提供記録票の合計と一致することを確認してください。