様式第３号（第７条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

つくば市長　宛て

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、所在地、名称及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

つくば市医療的ケア児等の短期入所受入者報告書

　　年　月　日から　　年　月　日までに受け入れた医療的ケア児等について報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | 受給者番号 | 氏名 | 生年月日 | 区分（別表の区分の番号） | 点数 | 医療的ケアの内容※ | 利用期間 | 利用泊数 | 算定額 | 交付要件該当適否 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |

※　障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコアのうち、医療的ケアに係る番号を記載すること。