

記入例① 1月4時間以内の利用

スパイト申請書

対象患者	フリガナ	トウキョウ タロウ		生年月日	昭和30年2月5日 生 (69 歳)	
	氏名	東京 太郎		住所	東京都 新宿区西新宿〇-〇-〇	
	病名	筋萎縮性側索硬化症		介護保険	有 要介護要支援 5 度 無	
	人工呼吸器	有 ・ 無		かかりつけ医	都庁クリニック	
	気管切開の有無	気管切開している・気管切開していない		担当医	電話 〇〇〇〇医師 03-1234-5678	
申請者	フリガナ	トウキョウ ハナコ		患者との続柄	長女	
	氏名	東京 花子		住所	同上	
	連絡先	自宅		電話	03-9876-5432	
		緊急時	妻携帯		電話	090-0000-0000
	在宅レスパイトを必要とする理由	介護者の在宅療養 ・ 介護者の通院 ・ 介護者の休息 ・ その他の理由				
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名等	事業所名	△△訪問看護ステーション		現在、訪問看護を受けている事業所ですか。	はい ・ いいえ
		電話	03-0000-0000			
	在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。(指示書の交付を受けていますか)				はい ・ いいえ	
レスパイト希望期間	令和 6年 6月 1日(土曜日) 13時00分 から 16時00分 まで					

私は、上記のとおり在宅レスパイトを申請します。
 なお、この内容については、訪問看護事業所へ情報提供することに同意します。

令和6年5月1日

申請者氏名 東京 花子

○一時入院ができない理由

レスパイトの利用時間内で用事が完了するため

○4時間を超えるレスパイトを必要とする理由(1月当たり4時間以内の原則を超えた利用申請を行う場合のみ記載)

東京都知事 殿

- 「注意事項」
- セルが着色されている項目に、情報を入力してください
黄色 = 必ず入力 (選択) してください
緑色 = 必要に応じて入力してください
 ■記載例を青字で記しています

記入例② 1月4時間を超える利用①

パイト申請書

対象患者	フリガナ	オオエド サクラ		生年月日	昭和20年5月1日	生
	氏名	大江戸 桜			(79 歳)	
	住所	東京都 新宿区西新宿〇-〇-〇		難病医療費等助成対象疾病の疾病名を記載してください		
	病名	筋萎縮性側索硬化症	介護保険	有	要介護要支援 5 年度	・無
	人工呼吸器	有 ・ 無	かかりつけ医	都庁クリニック		
気管切開の有無	気管切開している・ 気管切開していない	担当医		電話		
			〇〇〇〇医師	03-1234-5678		
申請者	フリガナ	オオエド イチロウ		患者との続柄	夫	
	氏名	大江戸 一郎				
	住所	同上		緊急時連絡先にはレスパイト利用時間中に連絡のつく電話番号を記載してください		
	連絡先	自宅		電話	03-9876-5432	
		緊急時	携帯		電話	090-0000-0000
	在宅レスパイトを必要とする理由	介護者の在宅療養 ・ 介護者の通院 ・ 介護者の休息 ・ その他の理由				
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名等	事業所名	△△訪問看護ステーション	現在、訪問看護を受けている事業所ですか。		はい ・ いいえ
	電話	03-0000-0000				
	在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。 (指示書の交付を受けていますか)				はい ・ いいえ	
レスパイト希望期間	令和 6年 6月 10日(月曜日) 8時00分 から 13時00分 まで					

私は、上記のとおり在宅レスパイトを申請します。
 なお、この内容については、訪問看護事業所へ情報提供することに同意します。

令和6年5月30日

申請者氏名 大江戸 一郎

○一時入院ができない理由

本人が入院を希望しないため

○4時間を超えるレスパイトを必要とする理由(1月当たり4時間以内の原則を超えた利用申請を行う場合のみ記載)

遠方への通院で4時間以上のレスパイトが必要なため

記入例③ 1月4時間を超える利用②

パイト申請書

対象患者	フリガナ	ミナマチ ソラ		生年月日	平成31年4月2日 (5歳)	
	氏名	南町 空				
	住所	東京都 新宿区西新宿〇-〇-〇		難病医療費等助成対象疾病の疾病名を記載してください		
	病名	筋ジストロフィー	介護保険	有	要介護要支援 5 年度	・無
	人工呼吸器	有 ・ 無		かかりつけ医	都庁クリニック	
気管切開の有無	気管切開している・気管切開していない		担当医		電話	
		※在宅レスパイトは人工呼吸器使用難病患者が対象です			〇〇〇〇医師 03-1234-5678	
申請者	フリガナ	ミナマチ ツキコ		患者との続柄	母	
	氏名	南町 月子				
	住所	同上		緊急時連絡先にはレスパイト利用時間中に連絡のつく電話番号を記載してください		
	連絡先	自宅		電話	03-9876-5432	
		緊急時	携帯		電話	090-0000-0000
	在宅レスパイトを必要とする理由	介護者の在宅療養 ・ 介護者の通院 ・ 介護者の休息 ・ その他の理由				
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名等	事業所名	△△訪問看護ステーション	現在、訪問看護を受けている事業所ですか。		はい ・ いいえ
	電話	03-0000-0000				
	在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。(指示書の交付を受けていますか)				はい ・ いいえ	
レスパイト希望期間	令和 6年 6月 8日(土曜日) 9時00分 から 12時00分 まで 令和 6年 6月28日(金曜日) 15時00分 から 17時00分 まで					

私は、上記のとおり在宅レスパイトを申請します。
 なお、この内容については、訪問看護事業所へ情報提供することに同意します。

令和6年5月17日

申請者氏名 南町 月子

○一時入院ができない理由

レスパイトの利用時間内で用事が完了するため

○4時間を超えるレスパイトを必要とする理由(1月当たり4時間以内の原則を超えた利用申請を行う場合のみ記載)

子供の学校行事が月に複数回あり、4時間以上のレスパイトが必要なため