（医ケア　様式第２号）

**豊中市医療的ケアのある重症心身障害者支援にかかる**

**施設運営補助金明細書（日額補助）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |

　　　　年　　　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | 対象者名前 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 別表１のケア種別 | 判定スコア | 摘要 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 | 点 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 判定スコア  合計 | | 単価 | | 利用回数 | | 欠席回数 | | 回数合計 | | 当月分補助金交付申込額 | |
|  | 点 |  | 円 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |  | 円 |

別表１　医療的ケア判定スコア

（１）レスピレーター（人工呼吸器）管理＝８

（２）気管内挿管、気管切開＝８

（３）鼻咽頭エアウェイ＝５

（４）O2吸入又はｓｐO2　90パーセント以下の状態が10パーセント以上＝５

（５）１回/時間以上の頻回の吸引＝８，６回/日以上の頻回の吸引＝３

（６）ネブライザー６回/日以上又は継続使用＝３

（７）IVH＝８

（８）経管（経鼻・胃ろう含む。）＝５

（９）腸ろう・腸管栄養＝８

（１０）接続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）＝３

（１１）継続する透析（腹膜灌流を含む。）＝８

（１２）定期導尿３回/日以上＝５

（１３）人工肛門＝５