

《記入見本》

様式第1号

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

特定医療費（指定難病）受給者証を受給していない場合や申請中の場合は記載不要です。

ふりがな	さいたま たろう		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生	
患者氏名	さいたま 太郎		性別	男・女	
患者住所	〒〇〇〇-〇〇〇 さいたま市〇〇区××町1-23-4 Tel 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇			性別	男・女
発症年月	〇〇年 〇月	初診年月日	〇〇年 〇月 〇日	保険種別	・組・共・国・介 その他（ ）
出生都道府県	埼玉県	発症時の職業	会社員	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7
指定難病名	筋萎縮性側索硬化症				
過去1年間の訪問看護状況	訪問看護回数	(年 150回、月平均 12.5回)			
	訪問看護ステーション等医療機関	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 さいたま市〇〇区××町1-2-3		
		名称	〇〇訪問看護ステーション		
		管理者	中央 ヌウ		
	主治医	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 さいたま市〇〇区××町12-3-4		
		医療機関名	〇〇クリニック		
氏名		さいたま ヌウ			
申請書記載者	氏名	さいたま 花子	受給者との続柄	妻	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 さいたま市〇〇区××町1-2-3			
私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省に送付することに同意の上、上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者の情報を記載します。					
〇〇年 申請者は患者本人です。 申請者氏名 さいたま 太郎 住所 さいたま市〇〇区××町1-23-4					
(宛先) さいたま市長					

契 約 者	訪 問 看 護 ステーション 等 医 療 機 関	住 所	〒〇〇〇 - 〇〇〇 さいたま市〇〇区××町 1-2-3	
		名 称	ヌウ株式会 〇〇訪問看	契約者となる代表者名（法人の理事長名等） を記入してください。
		役 職 代 表 者 名	代表取締役 中央 ヌウ	
	主 治 医	住 所	〒〇〇〇 - 〇〇〇 さいたま市〇〇区××町 12-3-4	
		医療機関名	医療法人ヌ 〇〇クリニ	契約者となる代表者名（医療機関の院長名 や法人の理事長名）を記入してください。
		役 職 代 表 者 名	理事長 さいたま ヌウ	