　患者会活動の登録について

平素は、堺市の難病患者支援事業の推進にご理解、ご協力いただきありがとうございます。

堺市では、難病患者支援センターを拠点とした学習会や仲間相談、患者交流会等を通じて、患者会への加入希望者を各団体にご紹介させていただいているところです。

本市としましては、患者会活動について一定の要件を定めた上で、難病患者支援センター等の事業にご協力いただける患者会を堺市として登録させていただくこととし、微力ながら活動を支援させていただきたいと考えております。

つきましては、下記の患者会活動の要件や協力内容等をご確認いただき、登録を希望される場合は、登録届にご記入の上、下記保健医療課まで送付をお願いします。なお、登録の確認については、年度ごとに行わせていただきます。

よろしくお願いいたします。

(1)患者会の要件

　・宗教団体・政治団体・営利を目的とした活動でないこと

　・民主的かつ公平に運営されていること

　・新規加入をはばまないこと

　(2)患者会活動として協力していただきたい内容

　・患者会への加入希望者の受け入れ

　・難病パネル展や障害者フェテイバル等啓発イベントへの参加協力

　(3)患者会活動への支援内容

　・患者団体交流会や難病意見交換会の開催(年1回程度)

　・患者会の活動のPR（例：機関紙「オアシス」等に掲載）

・会の立ち上げや運営に関する相談対応

【問合せ先】

堺市保健所　保健医療課　指定難病係

電話072-228-7582　　FAX 072-222-1406

患者会登録届（新規用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 1．患者団体名 |  |
| 2．代表者氏名 |  |
| 3．代表者住所・連絡先 | 〒( )  電話番号( )-( )-( ) |
| 4．連絡先  (加入者の紹介等で) | □代表者と同じ  □代表者以外の窓口となる方  氏名  〒（　　　　　　）  電話番号( )-( )-( ) |
| 5．現在の会員数 | 年　月末現在　( )人 |
| 6．会費等の徴収の有無 | 会費徴収・・あり　・　なし  年・月　会費・・・(　　　　　　)円 |
| 7．主な活動内容  (機関紙オアシスなどに掲載します) | □会報の発行  □独自に交流会の開催をしている  □独自に学習会を開催している  □その他  患者会活動のPR・・・ |
| 8．患者会の情報について | 堺市発行の「難病患者さんへのご案内」や、堺市難病患者支援センター発行の「機関紙オアシス」に、患者会の活動内容を掲載してもよいでしょうか。  □はい　　　　□いいえ |