

堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

対象患者	フリガナ			性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)			
	氏名									
	住所	〒			出生都道府県	発症時の職業				
		電話番号 ( ) -								
	発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険種別	協・組・共・国・後 他 ( )				
指定難病の名称				医療受給者証番号						
過去1年間の訪問看護状況	訪問看護回数	(年 回) (月平均 回)								
	訪問看護ステーション等	所在地	〒							
		名称								
		管理者								
	主治医	医療機関	所在地							
			名称							
主治医氏名										
申請書記載者	氏名					受給者との続柄				
	住所	〒								
電話番号 ( ) -										
<p>私は、訪問看護指示書、訪問看護計画書及び本事業の実績報告書が訪問看護ステーション等から堺市に提出されるとともに、実績報告書が厚生労働省に送付され、個人情報保護のもと、研究等の用に供されること及び本申請に係る結果が訪問看護ステーション等に通知されることに同意の上、堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (対象患者)</p> <p>堺市長 殿</p>										

注意 主治医の訪問看護指示書及び訪問看護計画書（診療報酬対象分とは別に行う分を含む。）を添付してください。