

様式 1

徳島県在宅難病患者一時入院申請書

年 月 日

徳島県知事 殿

申請者住所

氏 名 (患者との続柄)

連 絡 先

次により一時入院を申請します。
この事業に必要な情報を、別紙の診療情報提供書により、一時入院先へ提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名			生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
住 所					
疾患名			特定医療費受給者番号		
保険証の記 号及び番号		保険者名		保険 種類	(本人・家族)
一時入院を必要とする理由	☐ 介護者の休養 ☐ 介護者の持病等 ☐ その他 ()				
一時入院について担当医の了解を得ていますか はい いいえ					
入院希望期間	年 月 日から 年 月 日				

保健所確認欄

保健所担当者氏名		一時入院の必要性	有 ・ 無
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日		
一時入院施設			
適否の理由			