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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加申請者 |  フリガナ |  | 性　別 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  　　　　年　　月　　日　（　　　才） |
| 住　　所 | 〒 　 郡・市　　　　　　町・村 　　　　　　（ 電話番号： ） |
| 指定難病又は特定疾患名 |  | 医療受給者証又は特定疾患医療受給者証番号 |  |
| 発症年月 | 　　　　　年　　　月 | 初診年月日 |  　 　年　　月　　日 |
| 過去１年間の訪問看護の状況 | 訪問看護回数 |  （ 年　　　　　回、　月平均　　　　　回 ） |
| 訪問看護ステーション等医療機関 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 管理者 |  |
| 訪問看護ステーション等医療機関 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 管理者 |  |
| 主 　治　 医 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 管理者 |  |
|  私は，本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局難病対策課に送付され，個人情報の保護のもと研究等の用に供されることに同意の上，上記のとおり，在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請を行います。 　令和　　　年　　　月　　　日　 申請（申請書記載）者 〒 住所 氏名 　 　 受給者との続柄（　　　　） 電話番号　 徳　島　県　知　事　　殿 |
|