|  |
| --- |
| **在宅人工呼吸器使用患者支援事業　登録申請書**様式第１号（第７条第１項関係） |
| ふりがな氏 名 | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日  |
| 　 |
| 住 所 | 〒　　－ | 出生都道府県 |  | 発症時の職業 | 　 |
| TEL ( ) |
| 発症年月 | 年　　　月 | 初診年月日 | 年　　月　　日 | 保険種別 | 協・組・共・国・介・他（　　） |
| 指定難病名 |  | 医療受給者証受給者番号 |  |
| 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医療機関 | 所在地 | 〒　　－ |
| 名称 | 　 |
| 管理者氏名 | 　 |
| 上記事業所の開設者（法人等） | 所在地 | 〒　　－ |
| 名称 | 　 |
| 代表者職氏名 | 　 |
| 主治医 | 医療機関名 | 　 |
| 所在地 | 〒　　－ |
| 氏名 | 　 |
| 申請書記載者 | 氏 名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 住 所 | 〒 － |
| TEL　　　　（　　　　　） |
| 　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うえ、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。 |
| 　　年　　月　　日 | 申請者氏名 |  |
| 　　　　熊本市長　 様 |