

(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

ふりがな 氏 名				生 年 月 日	年 月 日	
住 所	〒 Tel ()		出生都 道府県		発症時 の職業	
発症年月	年 月	初診年月 -	年 月	保 険 種 別	協・組・共・国・介・他 ()	
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			
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	住 所	〒			
		名 称				
		管 理 者				
	主 治 医	医療機関名				
		住所	〒			
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疾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。						
申 請 者 氏 名						
年 月 日						
栃 木 県 知 事 様						