（第１号様式）

**京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業登録申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年 　　月 　　日 |
| 氏　 名 |  |
| 住 　所 | 〒℡　　　　（　　　　　）　　　　 | 出生都道府県 |  | 発症時の職業 |  |
| 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 |  | 特定医療費（指定難病）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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　（　　　　） |
| 　私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康・生活衛生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よう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難病患者支援事業登録申請を行います。（京都市長宛）申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |