（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |