

(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 氏 名	きょうと たろう		生年 月 日	昭和○年○月○日			
	京都 太郎						
住 所	〒123-4567 京都市○○区○○1-2-3 〒075(123)4567		出生都 道府県	京都府	発症時 の職業	会社員	
発症年月	平成	○年○月	初診年月日	平成	○年○月○日	保険 種別	協・組・共・国・介・他()
指定難病名	筋萎縮性側索硬化症			特定医療費(指定 難病)受給者証番号		0123456	
過去 1年間の 訪問看護 状況	訪問看護回数		(月 ○回、週平均 ○回)				
	訪問看護ス テーション 等医療機関	住所	〒123-7654 京都市△区○○1-1				
		名称	株式会社○○ 訪問看護ステーション○○				
		管理者	△△				
	主治医	医療機関名	□□クリニック				
		住 所	〒123-7654 京都市△区□□3-5				
		氏 名	○○ ○○				
申請書 記載者	氏 名	京都 花子				受給者と の続柄	妻
	住 所	〒123-4567 京都市○○区○○1-2-3 075(123)4567					
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 京都 花子 令和○ 年 ○ 月 ○ 日							