様式第１号

福岡市小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業登録申請書

年　　月　　日

福岡市長　　殿

申請者住所
氏　　名　　印
（患児との続柄）
連絡先（電話番号）

福岡市小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり事業の登録について申請します。

なお、一時入院に必要な調整を行う場合に、当該申請書の内容を、下記のかかりつけ医療機関及び福岡市小児慢性特定疾病児童等自立支援員に提供することに同意します。

記

患児氏名（ふりがな）	（男・女）	生年月日	年　月　日（　歳）
患児住所			
疾 病 名			
小児慢性特定疾病医療受給者番号		有効期間	年　月　日から 年　月　日まで
受給者証認定内容	□　人工呼吸器等装着　　□　重症患者認定者		
患児の状態	□　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している □　気管切開を行っている □　常時頻回の喀痰吸引を行っている		

		医療機関名	主治医	受診頻度
かかりつけ医療機関	1			
	2			
	3			

【職員記入欄】

医療受給者証	□　人工呼吸器等装着　　□　重症患者認定者
患児の状態	□　人工呼吸器を使用している □　気管切開を行っている □　常時頻回の喀痰吸引を行っている 喀痰吸引の状況： （　　）
確認者氏名	