

福岡市在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録継続申請書

ふりがな			生年	年 月 日		
氏 名			月 日			
住 所	〒 TEL ()		出生都道府県	発症時の職業		
前回承認年月日	年 月 日	医療受給者証番号			保険種別	国保・後期高齢 健保協会・健保組合 共済・生保 その他 ()
継続治療を要する理由 ※主治医記載欄	指定難病名					
主 治 医	医療機関名					
	住 所	〒				
	氏 名					
継続を要する期間		年 月 日		～	年 月 日	
申 請 書 記 載 者	氏 名				受給者との続柄	
	住 所	〒 TEL ()				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(あて先) 福岡市長</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>						

※ 申請に当たっては、診療報酬対象外の訪問看護に係る主治医の訪問看護指示書及び訪問看護計画書の写しを添付してください。