

新潟市在宅人工呼吸器使用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	〒 () Tel ()		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	協会・組合・共済・国保・後期・他 ()
指定難病名			特定医療費受給者番号		
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	〒 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: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>(宛先) 新潟市長</p>					