

様式第1号（第5条関係）

在宅人工呼吸器使用指定難病等患者訪問看護支援事業参加申請書

ふりがな 氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日	
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	政・組・共・国 介・他()	
疾病名			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)					
	受託訪問看護 ステーション 又は 受託医療機関	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、本支援事業による訪問看護の記録が厚生労働省に送付され、研究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指定難病等患者訪問看護支援事業に参加申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>							