様式　２

**在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 新規 ・ 更新 ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)氏　　名 |  |  性別 | 男・女 | 生　年月　日 | 明・大 年　 月 日昭・平 |
|  |
| 住　　所 | 〒 Tel ( ) | 出　生　都道　府　県 |  | 発　症　時の 職　業 |  |
| 発症年月 | 昭 和 年 月平 成 | 初診年月日 |  昭 和 年　月　日平 成 | 保険種別 | 政・組・共・国・介・他( ) |
|  疾患名 |  　 |  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） |
| 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 | 住　　所 |  　 　 　 　 Tel ( ) |
| 氏　　名 |  　　　　 | 受給者との続柄 |  |
| 　私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局に送付され、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について申請を行います。 　　　　年　　月　　日 住　　　所　 申請者氏名 　　  群馬県知事　　　　　　　　　　　あて　　　　　　　 |
|