第１号様式（第６条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業利用登録申請書

　　年　　月　　日

　青森県知事　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　（患者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　(連絡先)

　重症難病患者在宅療養支援事業の利用登録について、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 病名 | （特定医療受給者証番号：　　　　　　　　　　　　） |
| 在宅療養開始時期 | 　　　　　年　　月 |
| 人工呼吸器装着開始時期 | 　　　　　年　　月 |
| 主　な介護者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者との続柄 |  | 職業 |  |