第４号様式（第７条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業（一時入院）利用申込書

　　　年　　月　　日

　青森県健康福祉部がん・生活習慣病対策課長　殿

申込者

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　（患者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　(連絡先)

　青森県重症難病患者在宅療養支援事業実施要綱第７条第１項第１号の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

　なお、この内容については、一時入院先へ情報提供することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 疾病名 |  | 特定医療受給者証番号 |  |
| 保険証の記号及び番号 |  | 保険者名 |  | 保険の種類 | 協・組・共・国・高（ 本人 ・ 家族 ） |
| 緊急時連絡先 | 氏名電話　　　　　　　　　　（携帯） |
| 他制度の医療費助成 | 以下の中で持っているものがあれば、該当する数字を○で囲んでください。　１　高額療養費限度額適用認定証　２　重度心身障害者医療費受給者証 |
| 利用目的 | 　ア．介護者の疾病　　イ．冠婚葬祭　　ウ．介護者の休息　エ．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望する期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　日間） |
| 利用希望する医療機関 | 　所　在　地　医療機関名 |

【添付書類】診療情報提供書