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