

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