様式２号（第８条の３関係）

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録継続申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | | | 性別 | 男・女 | | 生年  月日 |  | | | | 年　　月　　日 | | | |
|  | | | | | |
| 住　所 | 〒  Tel　　（　　　） | | | | | | | 出生都道府県 | |  | | | 発症時  の職業 | | | |  | |
| 前回承認  年月日 |  | 年　月　日 | | | | 医療受給者証又は特定疾患医療受給者証番号 | | |  | | | 保険  種別 | | | | 政　・組　・共  国　･　他（　　） | | |
| 継続治療　を要する　理　　由  ※主治医  　記載欄 | [指定難病又は特定疾患名： ] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 継続を要する  期　　　　間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書記載者 | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | 受給者と  の続柄 | | | |  |
| 住　所 | | | 〒  Tel　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局疾病対策課に送付され、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継続申請を行います。  申請者氏名  　　　　　年　　　　月　　　　日  福　岡　県　知　事　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |