

様式第1号

福岡県小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業登録申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者住所
氏 名
(患者との続柄)
連絡先 (電話番号)

福岡県小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり事業の登録について申請します。

なお、一時入院に必要な調整を行う場合に、当該申請書の内容を、下記の「かかりつけ医療機関」及び福岡県小児慢性特定疾病児童等自立支援員に提供することに同意します。

記

ふりがな 患児氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
患児住所			
疾 病 名			
小児慢性特定疾病 医療受給者番号		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
対象者要件	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者認定 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/> 気管切開を行っている <input type="checkbox"/> 常時頻回の喀痰吸引を行っている		
かかりつけ 医療機関	医療機関名		主治医
	1		
	2		
	3		

【職員記入欄】

患児の住所地	<input type="checkbox"/> 福岡県内（政令市、中核市を除く）に住所地を有す
対象者要件	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者認定 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/> 気管切開を行っている <input type="checkbox"/> 常時頻回の喀痰吸引を行っている 喀痰吸引の状況； []