様式１

在宅重症難病患者一時入院事業申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 住　　　　所 | 〒 |
| 保険の種別 | 　政　・　組　・　船　・　共　・　国　・　後 |
| 保険者名 |  | 保険証の記号・番号 |  |
| 医療費助成 | 特定医療費（指定難病）/特定疾患　受給者番号（　　　　　　　　　　）福祉医療（老人医療・重症身体障害者・その他（　　　　　　　　　）） |
| 病　　　　名 |  |
| 入院希望病院 |  |
| 入院希望期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　（　　　　日間） |
| 一時入院を必要とする理由 | * 介護者の休養
* 介護者の疾病等
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 上記のとおり一時入院を申請します。また、この事業の利用に必要な関係機関から一時入院先への情報提供に同意します。年　　　月　　　日滋賀県知事　様（〒　　　　－　　　　　　）申請者　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との続柄（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　　） |

様式２

在宅重症難病患者一時入院事業入院決定通知書

滋健寿第　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

滋賀県知事　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日に申請のありました一時入院について、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院患者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 申　請　者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 入院予定期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 入院施設名 |  |
| 入院施設の所在地 |  |
| 備考 | 1. 緊急を要する患者の入院等の医療機関の受入状況の変化により病床が確保できなくなった場合、入院期間の変更もしくは、入院先の再調整をさせていただく場合があります。
2. 病室はご指定いただけません。
 |

様式３

在宅重症難病患者一時入院事業入院通知書

　　　　　　　滋健寿第　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　病院長　様

滋賀県知事　　　　　　　　　印

　下記の者について、次のとおり貴病院への入院が適当であると決定しましたのでよろしくお取り計らい願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院患者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 申　請　者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 入院予定期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 入院理由 | * 介護者の休養
* 介護者の疾病等
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 備考 |  |

様式４

在宅重症難病患者一時入院事業退院報告書

　　年　　月　　日

滋賀県知事　様

医療機関名

 発行責任者・ 氏名（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）

担当者

　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先電話番号

　（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　について、

　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで

　　　　　　(入院期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　)

　　　　　　　※事業実施機関と同じ場合は入院期間の記入は省略可

重症難病患者一時入院事業を実施しましたので報告します。

様式５

　　　　年度滋賀県在宅重症難病患者一時入院受入体制整備事業費請求書

　　　　　　　　　金　　　　　　　　　円

　　　　　　（一時入院受け入れ件数：　　件分）

　年　月　日に締結した　　　年度滋賀県在宅重症難病患者一時入院受入体制整備事業運営業務委託契約書第5条により請求します。

　　年　月　日

滋賀県知事　　様

 所在地

 病院名

 代表者名

　　　　　　　　　発行責任者・ 氏名（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）

担当者

連絡先電話番号