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　　　　（　　　　） | | | | |