

在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
 受給申請書（ 新規 ・ 更新 ）

受給者	ふりがな																			
	氏名																			
	生年月日	大・昭・平・令			年			月			日									
	住所	〒																		
	医療受給者証または 特定疾患医療受給者証番号		：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	疾患名							
	発症年月	年			月			初診年月日	年			月			日					
保険等種別		政管 ・ 船保 ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保 ・ 退職国保 ・ 国組																		
老人保健法による医療受給資格		有 ・ 無										年			月			から適用		
過去1年間の訪問看護状況	訪問看護回数	年_____回、月平均_____回																		
	訪問看護ステーション等医療機関	住所	〒																	
		名称																		
		管理者																		
	主治医	住所	〒																	
		医療機関名																		
氏名																				
<p>私は、本研究事業による訪問看護の記録が厚生省特定疾患調査研究班に送付され、研究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特定疾患患者訪問看護治療研究事業の受給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (本人との続柄)</p> <p>(電話 — —)</p> <p>滋賀県知事 殿</p>																				

以下の書類を添付すること。

- ・ 医療受給者証、特定疾患医療受給者証または臨床調査個人票（診断書）
- ・ 診療報酬対象外の訪問看護にかかる主治医の訪問看護指示書
- ・ 訪問看護計画書（診療報酬対象分と対象外の分を含む訪問看護計画書）

受付印