

第1号様式（第6条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業（一時入院）利用申込書

年 月 日

青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課長 殿

青森県重症難病患者在宅療養支援事業実施要綱第6条第1項第1号の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

なお、申込内容については、患者情報を含め、難病診療連携コーディネーター及び一時入院先へ情報提供すること、並びに在宅で介護者が行うケアと同様のケアを提供できない可能性があることに同意します。

記

申 込 者	氏 名	(続柄：)
	住 所	
	連 絡 先	電話 (携帯)
患 者	氏 名	(年 月 日生)
	住 所	
緊 急 時 連 絡 先	※申込者と異なる場合のみ記入してください。 氏名 (続柄) 電話 (携帯)	
他制度の医 療 費 助 成	以下の中で持っているものがあれば、該当する数字を○で囲んでください。 1 高額療養費限度額適用認定証 2 重度心身障害者医療費受給者証	
利 用 目 的	ア. 介護者の疾病 イ. 冠婚葬祭 ウ. 介護者の休息 エ. その他 (具体的に)	
利 用 希 望 す る 期 間	年 月 日 () ～ 年 月 日 () (日間)	
利 用 希 望 す る 医 療 機 関	所 在 地 医療機関名	

裏面につづく

医療等情報	かかりつけ医	(電話 :)
	訪問看護事業所等	(電話 :)
	介護支援専門員 相談支援専門員 (ケアマネージャー)	(電話 :)
その 他 要 望 等	<p>(療養中の要望等) ※要望全てに配慮できるわけではありません。</p> <p>(急変時の対応) ※本人及びかかりつけ医と相談の上記載してください。</p>	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> ① 特定医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> ② かかりつけ医が作成した診療情報提供書 <input type="checkbox"/> ③ 訪問看護事業所等が作成した情報提供書 <input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員又は相談支援専門員が作成した情報提供書 ※入院先医療機関がかかりつけ医などであり、患者の状態等について把握できる場合、②～④は省略できます。	