

在宅難病患者レスパイト入院事業申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者住所
 申請者氏名
 (患者との続柄)
 連絡先 (電話番号)

福岡県在宅難病患者レスパイト入院事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、下記のとおりレスパイト入院を申請します。

なお、レスパイト入院に必要な情報 (様式第 1 号別紙記載内容等) をレスパイト入院受入病院に提供することに同意します。

記

ふりがな ----- 患 者 氏 名	性別 男・女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳
患者住所			
疾患名			
公費負担者番号・特定医療費受給者番号又は公費負担医療の受給者番号			
	-		
レスパイト入院希望期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)		
レスパイト入院を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の疾病等 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【難病医療連絡協議会確認欄】

受給者証	有 ・ 無
人工呼吸器の使用	有 ・ 無
補助人工心臓の使用	有 ・ 無
レスパイト入院の必要性	有 ・ 無
レスパイト入院受入医療機関	
レスパイト入院期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)
	難病診療連携 コーディネーター氏名