

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

ふりがな			生年月日	年 月 日生	
患者氏名					
患者住所	〒			性別	男 ・ 女
	Tel ( )				
発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険種別	協・組・共・国・介 その他 ( )
出生都道府県		発症時の職業		受給者番号	
疾患名					
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(注)	所在地	〒		
		名称			
		管理者			
	主治医(注)	所在地	〒		
		医療機関名			
氏名					
申請書記載者	氏名		受給者との続柄		
	住所	〒			
	Tel ( )				
<p>私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省に送付され、個人情報保護のもと研究等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患者支援事業登録申請を行います。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 住所</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p>					

(注) 別紙「在宅人工呼吸器使用患者支援事業委託契約者に関する事項」を添付してください。

## 在宅人工呼吸器使用患者支援事業委託契約者に関する事項

(対象患者名：\_\_\_\_\_)

本事業の実施に当たり、あらかじめ埼玉県と実施しようとする訪問看護ステーション等医療機関の開設者との間で委託契約を締結する必要があります。つきましては、申請者が利用予定（希望）の訪問看護ステーション等医療機関に係る以下の事項について、同機関に御確認の上、記入してください。

## 1 医療機関

事業実施に係る 医療機関の名称等*	名 称	
	所在地	〒
	職名・管理者名 (院長等)	_____ (職名) _____ (管理者名)
	電話番号	Tel ( )
上記機関の 開設者名等	法人名	
	職名・代表者名 (理事長名等)	_____ (職名) _____ (代表者名)
	法人の主たる事務所 所在地（登記上）	
	電話番号（事務所）	Tel ( )

\*訪問看護を行うその他の医療機関又は訪問看護指示書を作成する主治医の属する医療機関を指します。

## 2 訪問看護ステーション

事業実施に係る 訪問看護ステーショ ンの名称等	名 称	
	所在地	
	職名・管理者名 (所長等)	_____ (職名) _____ (管理者名)
	電話番号	Tel ( )
上記ステーションの 開設者名等	法人名	
	職名・代表者名 (取締役等)	_____ (職名) _____ (代表者名)
	法人の主たる事務所 所在地（登記上）	
	電話番号（事務所）	Tel ( )