

(別記様式第1号)

在宅人工呼吸器使用患者支援事業参加申請書

ふりがな 氏名			性別	男・女	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日	
住所 電話番号	〒 Tel ( )		出生 都道府県		発症時の 職業		
発症年月	年 月	初診 年月日	年 月 日	保険 種別	政・組 共・国 介・他 ( )		
指定 難病名			特定医療費 (指定難病) 医療受給者証番号				
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	〒				
			Tel ( )				
		名称					
		管理者					
	主治医	医療機関名					
住 所		〒					
氏 名							
申請書 記載者	氏 名				受給者 との続柄		
	住 所	〒 Tel ( )					
私は上記のとおり、在宅人工呼吸器使用支援事業参加申請を行います。							
申請者氏名							
年 月 日							
札幌市長様							