

## 遷延性意識障害者治療研究事業 実施・継続 申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

治療研究機関 所在地  
 (事業所) 名称  
 " 長の氏名

遷延性意識障害者治療研究事業の(実施・継続)について、下記のとおり申請します。

## 記

意識障害者	氏名	性別 男 女	生年月日 年 月 日生 ( 才)		
	住所		職業 (障害発生前の主な職業)		
保護者	氏名 (TEL 局 - )	意識障害者との関係			
	住所	職業			
保険の種類	全 船 後 組 共 国 保 労 生 その他 国 員 期 合 済 (一・退・組) 災 保 ( )		本人又は 家族の別		
	被保険者証記号・番号:				
	要介護認定 の状況	要支援 要介護 ( 1 2 3 4 5 )			
病名・病状 ・主訴等					
本事業で承認 を受けている 治療研究機関	治療研究機関名:  (主治医氏名: ) 承認番号: 承認期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
治療研究見込 期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				
介護の内容	1 居宅療養管理指導 2 訪問看護 3 訪問リハビリテーション				
介護が必要な 理由					

※ 添付書類: 本事業の承認を受けている治療研究機関の主治医の訪問看護指示書及び直近過去2か月分の訪問看護療養費明細書等(介護保険利用者は介護給付明細書等)の写し。