

訪問看護費用交付申請書

（新規・継続）

ふりがな 対象患者 氏 名			性別	男・女	生年 月日	年 月 日	
住 所	〒				TEL ( )		発症 時の 職業
発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険 種別			
指定難病 名又は特 定疾患名			特定医療費（指 定難病）医療受 給者証番号又は 特定疾患医療受 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 〒 名 称 管 理 者					
	主 治 医	医療機関名 住 所 〒 氏 名					
申 請 者	氏 名					対象患者との続柄	
	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健康局難病対策課に送付され、個人情報保護のもと研究の用に供されることに同意の上、上記のとおり、指定難病等に係る訪問看護費用交付規則第3条の規定により申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>宮 城 県 知 事 殿</p>							