

難病患者一時入院申請書

(申込先)
横浜市長

患者氏名	性別 (男・女)		
生年月日	年 月 日 生 (歳)		
住 所	〒 区		
病 名			
人工呼吸器	使用していない ・ 使用中	気管切開	していない ・ している
医療保険	保険証の記号・番号		本人・家族の別 本人・家族
	保険の種類	政府 ・ 組合 ・ 共済 ・ 日雇 ・ 船員 ・ 国保	
	保険者		
医療費助成	有 ・ 無	種類	指定難病医療費助成 ・ 重度障害者医療費助成 ・ その他
生活保護	受給なし ・ 受給中	身体障害者手帳	なし・あり ()級
介護保険	なし・あり (要支援 ・ 要介護度)		
主治医	医療機関名 (担当医) 電話		
関係機関 (訪問看護ステーション、ケアマネジャー等)	電話		
	電話		
	電話		
申請理由	<input type="checkbox"/> 介助者の休養 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 学校の行事等 <input type="checkbox"/> 疾病、けが、入院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
入院希望先			

以上のとおり、一時入院を申請します。
なお、この事業の利用に必要な、関係機関から一時入院先への情報提供に同意します。

年 月 日

申請者 氏 名 (患者との続柄)
住 所 〒

電 話
事業利用時(入院中)の緊急連絡先
(電話)