

## 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、ケアマネージャー等)				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)