様式１－１

佐賀県難病患者レスパイト入院申請書

　　　年　　　月　　　日

佐賀県知事　様 〒

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　（患者との続柄：　　　　）

連絡先　TEL:

　　　　　　　　　　　　　　　 ※緊急時に連絡の取れる電話番号を記載してください。

次によりレスパイト入院を申請します。この事業に必要な情報は、難病診療連携コーディネーター及びレスパイト入院医療機関へ提供することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　　 　月　　　 日生 |
| 住　　所 | 〒 |
| 疾患名 |  | 指定難病・特定疾患医療受給者番号 |  |
| 身体障害者手帳の有無 | 有（ 　　級） ・ 無 | 介護保険の有無 | 有（要介護　　　　　） ・ 無 |
| レスパイト入院を必要とする理由 | □　介護者の休養　　□　介護者の病気□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| レスパイト入院希望医療機関 |  |
| レスパイト入院について主治医の了解を得ていますか | はい　・　いいえ | 主治医名（医療機関） |  |
| 入院希望期間 | 年　　 　月　　 　日　から　　　　年　　 　月　　 　日まで |