

佐賀県難病患者在宅レスパイト変更申請書

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。

次により在宅レスパイトの利用について変更します。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訪問看護事業所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	

変更する内容を記載してください。

	変更前	変更後
住所	〒	〒
特定医療費(指定難病)医療 受給者証における階層区分	生活保護・低所得・一般・上位	生活保護・低所得・一般・上位
特定医療費(指定難病)医療受給 者証における人工呼吸器等装着	あり ・ なし	あり ・ なし
訪問看護事業所		
主治医		

主治医が変更した場合、申請者は新たな主治医から以下を記載してもらってください。

主治医記載欄	<p>上記の患者は病状が安定し、在宅レスパイトを利用することが可能です。 また、本事業における訪問看護の実施を指示します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 (急変時の連絡先)</p> <p style="text-align: center;">主治医名</p>
--------	---