

## 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	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の病気 <input type="checkbox"/> 災害に備えた事前入院 <input type="checkbox"/> 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		