

記入例		難病患者在宅レスパイト申請書			
対象患者	フリガナ	トウキョウ タロウ	生年月日	昭和29年2月5日 生 (68 歳)	
	氏名	東京 太郎		難病医療費等助成対象疾病の疾病名を記載してください	
	住所	東京都 新宿区 西新宿〇-〇-〇	介護保険	<input checked="" type="radio"/> 有	要介護 5 度 要支援 度
	病名	筋萎縮性側索硬化症	かかりつけ医	都庁クリニック	
人工呼吸器	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 <small>※在宅レスパイトは人工呼吸器使用難病患者が対象です</small>	担当医	電話 〇〇〇〇医師 03-1234-5678		
気管切開の有無	<input checked="" type="radio"/> 気管切開している <input type="radio"/> 気管切開していない <small>※気管切開とは、のどに穴を開けて人工呼吸器をつなぐ処置のことです</small>				
申請者	フリガナ	トウキョウ ハナコ	患者との続柄	長女	
	氏名	東京 花子			
	住所	同上	緊急時連絡先にはレスパイト利用時間中に連絡のつく電話番号を記載してください		
	連絡先	自宅	電話	03-9876-5432	
		緊急時	妻携帯	電話	090-0000-0000
	在宅レスパイトを必要とする理由	介護者の在宅療養 ・ 介護者の通院 ・ <input checked="" type="radio"/> 介護者の休息 ・ その他の理由 学校行事への参加のため			
在宅レスパイト希望訪問看護事業所名等	事業所名 △△訪問看護ステーション <small>現在、訪問看護を受けている事業所ですか。</small>	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。 (指示書の交付を受けていますか)	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ	
レスパイト希望期間	令和4年6月1日(水曜日)	13時00分	から	17時00分	まで

私は、上記のとおり在宅レスパイトを申請します。なお、この内容については、訪問看護事業所

いいえの場合は
①申請の前にSTと契約を締結してください
②申請時に主治医の指示書を添付してください

令和4年5月1日

申請者氏名 東京 花子

〇一時入院ができない理由

レスパイトの利用時間内で用事が完了するため

東京都知事 殿

《注意事項》

- セルが着色されている項目に、情報を入力してください
黄色 = 必ず入力 (選択) してください
緑色 = 必要に応じて入力してください
(白黒印刷の設定のため、黄色は印刷されません)
- 記載例を青字で記しています
- 申請書はすべて又は一部が手書きでも構いません