

様式第1号（第6条関係）

要医療重症心身障害児（者）訪問看護支援事業申請書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

住所
申請者 氏名 ⑩
（保護者） 連絡先
続柄

次のとおり藤岡市要医療重症心身障害児（者）訪問看護支援事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

利用者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
住所 連絡先	住所				
	電話番号				
医療的ケアの状況					
現在利用している訪問 看護ステーション等					
同意書	<input type="checkbox"/> 利用者負担額等を決定するために必要な市民税課税台帳等の照会をすることについて承諾します。また、医師意見書等の内容や申請内容等、本事業の利用に関して必要な情報について、関係者に提供することに同意します。 <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</p>				

【添付書類】

診療報酬対象分の訪問看護計画書の写し