

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 50 年 5 月 1 日 生 (50 歳)	
	氏名	東京 太郎				
	住所	東京都 新宿区 西新宿 2-8-1				
	病名	ALS	介護保険	☒ 有 要介護 5 度 要支援 度 無		
	人工呼吸器の使用	☒ はい ※在宅レスパイトは人工呼吸器(NPPV又はTPPV)を使用している難病患者が対象です		かかりつけ医	都庁クリニック	
気管切開の有無	気管切開している・気管切開していない ※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		担当医		電話	
				新宿 次郎	03-xxxx-xxxx	
申請者	フリガナ	トウキョウ ハナコ		患者との続柄	母	
	氏名	東京 花子				
	住所	同上				
	連絡先	電話	03-xxxx-xxxx	緊急連絡先	090-xxxx-xxxx	
	在宅レスパイトを必要とする理由	☒ 介護者の在宅療養 その他の理由				
	一時入院ができない理由	☒ 利用時間内に用事が完了するため その他の理由				
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所①	事業所名	大江戸訪問看護ステーション	現在、医療保険での訪問看護を受けている事業所ですか。	☒ はい ・ いいえ	
		電話	03-xxxx-xxxx			
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名②	事業所名	訪問看護ステーション西新宿	現在、医療保険での訪問看護を受けている事業所ですか。	はい ・ ☒ いいえ	
		電話	03-xxxx-xxxx			
在宅レスパイト希望訪問看護事業所名③	事業所名	代々木リハビリ訪問看護ステーション	現在、医療保険での訪問看護を受けている事業所ですか。	☒ はい ・ いいえ		
	電話	03-xxxx-xxxx				
	在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。 (訪問看護指示書の交付を受けていますか)				☒ はい	
	レスパイト希望期間	令和 7 年 4 月 1 日から 令和 8 年 3 月 31 日まで				

私は、上記のとおり難病患者在宅レスパイト事業の利用を申請します。
なお、この内容については、訪問看護事業所へ情報提供することに同意します。

令和 7 年 4 月 1 日

申請者氏名 東京 花子

東京都知事 殿