

野田市医療的ケアを必要とする在宅重度身体障がい者一時入院支援事業実施台帳

利用者番号		認定年月日	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日
(ふりがな) 対象者氏名		住 所	(電話番号)			支 払 金 融 機 関	名 称 (口座名義)	口座番号	
生年月日	年		月	日	()		()		
(ふりがな) 保護者氏名			(電話番号 (. . 変更))				()	()	
加入 保 険	被保険者					他 受 給 券	種 類		
	名 称						番 号		
	住 所						資格取得日	年 月 日	
	記 号		番 号				有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
医 療 情 報	医療的ケアの種類								
	かかりつけ医	医療機関名				主治医名			
	診療情報提供書	医療機関名				記載医師名			
	特 記 事 項								
世 帯 構 成	氏名		続柄		氏名		続柄		その他
	氏名		続柄		氏名		続柄		
	氏名		続柄		氏名		続柄		
	氏名		続柄		氏名		続柄		
資格喪失年月日			喪失事由						

(裏)

利用年月日	支給年月日	医療機関名	支給の種別	助成金額	備考	確認欄
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			現物・償還			
			合計金額			