

遷延性意識障がい者治療研究事業対象患者承認申請書

承認番号

対象患者	フリガナ				男 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 ( 歳)		
	氏名										
	住所	〒									
	初回認定開始年月	昭和 平成	年	月	身体障害者 手帳の有無	有 ( 級) ・ 無					
医療保険	保険種別	健康保険（協会けんぽ・組合）、共済、国保（市町村・組合）、後期高齢									
	介護保険法認定の状況	1. 要介護 ( )	2. 要支援	3. 無	被保険者の 続柄	本人・家族					
保護者	フリガナ				患者との 続柄						
	氏名										
	住所	〒									
承認申請期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで

上記の者を遷延性意識障がい者治療研究事業対象患者として申請されるよう申し出ます。

平成 年 月 日

医療機関の長 様

申出人氏名

印

上記のとおり、遷延性意識障がい者治療研究事業対象患者として承認されるよう、関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

医療機関

所在地  
名称  
代表者氏名

印

福島県知事