

難病患者在宅介護支援事業（難病患者在宅レスパイト事業）利用申請書

年 月 日

栃木県知事

様

申請者 住 所

氏 名

(患者との続柄 )

連絡先（電話）

難病患者在宅介護支援事業（難病患者在宅レスパイト事業）の利用について、下記のとおり申請します。

患 者	氏 名			
	生年月日			
	受給者番号			
	医療的ケアの状況			
訪問看護ステーション等医療機関	1	名 称		
		所 在 地		
	2	名 称		
		所 在 地		
主な介護者	氏 名		患者との続柄	

※ 医師の訪問看護指示書（有効期限内のもの）の写し、訪問看護計画書の写しを添付してください。