**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。