**難病患者在宅介護支援事業再交付申請書**

　　　　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）

利用決定通知書等を（　破損　・　忘失　）したので再交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業区分 | * 一時入院支援事業 * 介助人派遣事業 * 難病患者在宅レスパイト事業 | |
| 患　　者 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 受給者  番号 |  |