**難病患者在宅介護支援事業終了届**

　　年　　月　　日

栃木県知事　　　　　　　　様

届出者　住　所

氏　名

（患者との続柄　　　　　　　）

連絡先（電話）

下記のとおり終了しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 終了事由 | １　県外転出２　死　　亡３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 届出の際は、利用決定通知書等を添付してください。