

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。