

難病患者在宅介護支援事業（介助人派遣事業）連絡票

年 月 日

〇〇健康福祉センター所長
宇都宮市保健所長 様

家政婦紹介所名称
代表者名

下記の患者について、介助人派遣事業を実施することになりましたので報告します。

患者名	
住 所	
備 考	※家政婦によるサービス提供予定日など