

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（一時入院支援事業）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）

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（一時入院支援事業）の利用について、下記のとおり申請します。

なお、当申請が承認された場合には、入院受け入れを行う医療機関に対し、下記の患者の支援の経過等について情報提供することを同意します。

患 者	氏 名			
	生 年 月 日			
	疾 病 名			
	受 給 者 番 号			
	在 宅 療 養 開 始 時 期	年 月		
	人工呼吸器装着	有 ・ 無	（装着の時期：	年 月）
	気 管 切 開	有 ・ 無	（切開の時期：	年 月）
	か か り つ け 医 療 機 関 名			
一時入院を 希望する 医療機関	第 1 希 望			
	第 2 希 望			
	第 3 希 望			
	指定する医療機関がない場合には、未記入としてください。			
主な介護者	氏 名		患者との 続 柄	