

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

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）		
主な介護者	氏 名		患者との 続 柄	