

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（訪問看護事業）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（訪問看護事業）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 開 始 時 期	年 月
過去 1 年 間の訪問 看護状況	訪問看護回数	年 回 ・ 月平均 回		
	訪問看護ステーション等医療機関	名 称		
		所 在 地		
		管 理 者 氏 名		
	主 治 医	医 療 機 関 名		
		所 在 地		
		氏 名		
利用を希望する訪問看護ステーション等医療機関	1	名 称		
		所 在 地		
	2	名 称		
		所 在 地		

※ 医師の訪問看護指示書（有効期限内のもの）の写し、訪問看護計画書の写しを添付してください。