**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（医療的ケア児等在宅レスパイト事業）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（医療的ケア児等在宅レスパイト事業）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 |  |
| 受給者番号 |  |
| 医療的ケアの状況 |  |
| 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 |  |
| 主な介護者 | 氏名 |  | 患者との続柄 |  |

* 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。
* 受給者番号（小児慢性特定疾病受給者証）がない方は、公的機関が発行した氏名住所の変更が確認できる書類の写し（マイナンバーカード等）を添付してください。