

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。