

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業再交付申請書

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)

利用決定通知書等を (破損 ・ 忘失) したので再交付を申請します。

事業区分	・ 小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業 ・ 小児慢性特定疾病児童等介助人派遣事業 ・ 小児慢性特定疾病児童等訪問看護事業 ・ 医療的ケア児等在宅レスパイト事業	
患 者	氏 名	
	生 年 月 日	
	受 給 者 番 号 (該当者のみ)	