**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業終了届**

　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

下記のとおり終了しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |  |
| 終了事由 | １　県外転出  ２　死　　亡  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

　※届出の際は、利用決定通知書等を添付してください。