

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。