様式第４号

一時入院利用申込書

実施医療機関　　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による一時入院について、次のとおり申し込みます。

患　者　名		受給者番号	
一時入院の期間（予定）	年　月　日（　）～　年　月　日（　）まで		