

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（介助人派遣事業）連絡票

年 月 日

〇〇健康福祉センター所長 様

家政婦紹介所名称
代表者名

下記の患者について、介助人派遣事業を実施することになりましたので報告します。

| | |
|-----|--------------------|
| 患者名 | |
| 住 所 | |
| 備 考 | ※家政婦によるサービス提供予定日など |