

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業利用資格変更届

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)

下記のとおり変更になり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			
変更事項		変 更 後			
患 者		氏 名			
		住 所			
訪問看護ステーション等医療機関	1	名 称	追加・変更		
		所 在 地			
	2	名 称	追加・変更		
		所 在 地			
主な介護者		氏 名		患者との続柄	

- ※ 患者情報を変更する場合は、公的機関が発行した氏名住所の変更が確認できる書類の写し（マイナンバーカード等）及び利用決定通知書等を添付してください。
- ※ 訪問看護ステーション等医療機関の追加又は変更がある場合は、医師の訪問看護指示書の写し、訪問看護計画書の写し、及び利用決定通知書を添付してください。