様式第１９号

**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 | | | |
| 変更内容 | 変更事項 | 変　　　更　　　後 | | | |
| フリガナ  患者氏名 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | |
|  | 主な介護者 | 氏　　名 |  | 患者との続柄 |  |