**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（訪問看護事業）利用申請書**

　年　　月　　日

　　栃木県知事　　　　　　　　　　　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（訪問看護事業）の利用について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 受給者証番号 |  |
|  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 疾病名 |  |
| 在宅療養開始時期 | 　　　年　　月 | 人工呼吸器装着 | 　有　・　無　（装着の時期：　　　年　　月） |
| 過去　　１年間の訪問看護状況 | 訪問看護回数 |  　年　　　　回　　・　月平均　　　　回 |
| 訪問看護ステ－ション等医療機関 | 住　所 | 〒 |
| 名　称 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 主治医 | 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |