**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 | | |