**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

　○○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 |  |
| 住所地 |  |
| 備　考 | ※家政婦によるサービス提供予定日など |