

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業利用申込書

契約医療機関

病 院 長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (対象者との続柄 _____)

電話番号 _____

(※緊急時に連絡が取れる電話番号)

メールアドレス _____

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業について、次のとおり申し込みます。

対 象 者	氏 名	
	小児慢性特定疾病 医療受給者証 受給者番号	
一時入院の期間（予定）	年 月 日から 年 月 日	
一時入院の理由	1 介護者の休養・行事等への参加 2 介護者の疾病・負傷等 3 その他（ _____ ）	

(実施医療機関記入欄)

一時入院の可否	可 ・ 否
一時入院の期間	年 月 日から 年 月 日
否の場合の理由	
担当者 所属 氏名 (連絡先電話番号)	(TEL _____)