

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業利用申込書

契約訪問看護事業者 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療養生活支援事業について、次のとおり申し込みます。

対 象 者	小慢児童等 氏 名	
	小児慢性特定疾病 医療受給者証受給者番号	
	療養生活支援希望期間 (予定)	年 月 日 時 分 ~ 時 分 ( 時間)
	療養生活支援を必要とする 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 ( )

(実施訪問看護事業者記入欄)

一時預かりの可否	可 ・ 否
一時預かりの期間	年 月 日 時 分 ~ 時 分 ( 時間)
否の場合の理由	
担当者 所属 氏名 (連絡先電話番号)	(TEL - - )

※申請書は、利用日毎に1枚とする。