

（宛先）姫路市長

開設者住所

開設者氏名

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実施申出書

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業を実施したいので次のとおり申し出ます。

記

開設者住所	(〒 -)
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
訪問看護事業者名	
代表者氏名	
所在地	(〒 -)
電話番号	
保険医療機関コード	

・留意事項

- 1 この申出書に基づき姫路市小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業要綱第 4 条に基づき委託契約を締結します。
- 2 「開設者氏名」欄には、法人にあつては法人の名称及び代表者氏名、個人にあつては医療機関名及び開設者氏名を正式名称で記入してください。（当該名称及び代表者氏名に基づき契約書を作成します。）

3 提出先

郵便番号 670-8530 姫路市坂田町 3 番地

姫路市保健所予防課 小児慢性特定疾病担当

様式第2号（第5条関係）

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）姫路市長

（申請者）住 所 _____

氏 名 _____（対象者との続柄 _____）

電話番号 _____

（※必ず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の利用について、下記のとおり申請します。

記

対象者	ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	姫路市			
疾病名			小児慢性特定疾病医療 受給者証受給者番号		
保険証の 記号及び番号		保険者名		保険の種類	(本人・家族)
療養生活支援を必要とする 理由（予定を含む。）	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 (_____)				
訪問看護事業者	住 所	〒 _____	〒 _____	訪問看護 の利用 無	
	名 称				
主 治 医	住 所	〒 _____			
	医療機関名				
	氏 名				
主な介護者	氏名	(対象者との続柄 _____)			
	生年月日	昭・平	年	月	日
緊急時の 連絡先	氏名	(対象者との続柄 _____)			
		(電話番号 _____)			

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業

利用不承認通知書

様

姫路市長

年 月 日付で申請のあった療養生活支援利用の申請について、次により不承認としたので通知します。

記

不承認とする理由

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。

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業実施報告書

（宛先）姫路市長

住所 _____

事業者名 _____

代表者名 _____

（発行責任者）

職・氏名 _____

電話番号 _____

年 月分を報告します。

（対象者氏名） _____

事業実施日	時 間	時間数	1時間単価	利用金額	請求金額
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
年 月 日	時 分～ 時 分	時間	円	円	円
合計					

※利用金額は、療養生活支援料（1時間単価）×時間数とする。

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業委託料請求書

請求金額 _____ 円
(_____ 年 _____ 月 _____ 様分)

上記のとおり請求します。

(添付資料) 小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業利用決定通知書兼利用券の写し

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(宛先) 姫路市長

請求者 住所 _____

事業者名 _____

代表者名 _____

(発行責任者)
職・氏名 _____

電話番号 _____

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業利用資格変更届

（宛先）姫路市長

（申請者）住 所 _____

氏 名 _____（対象者との続柄 _____）

電話番号 _____

（※必ず連絡が取れる電話番号）

メールアドレス _____

下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

変更事項		変更前	変更後
対 象 者	氏 名		
	住所・連絡先		
	主な介護者	氏名 (性別： 男 ・ 女)	氏名 (性別： 男 ・ 女)
生年月日 昭・平 年 月 日 (対象者との続柄：)		生年月日 昭・平 年 月 日 (対象者との続柄：)	

※変更があった事項のみを記入すること。

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業再交付申請書

（宛先）姫路市長

（申請者）住 所 _____

氏 名 _____（対象者との続柄 _____）

電話番号 _____

（※必ず連絡が取れる電話番号）

メールアドレス _____

利用決定通知書兼利用証を（ 破損 ・ 紛失 ）したので再交付を申請します。

対 象 者	氏 名	(男・女)	生年 月日	年 月 日 (歳)
	住 所			
	小児慢性特定疾病 医療受給者証番号			

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業

利用取消通知書

様

姫路市長

年 月 日付けで承認しました療養生活支援の利用については、次の理由により取り消します。

記

取り消す理由