**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（訪問看護事業）利用申請書**

　年　　月　　日

　　栃木県知事　　　　　　　　　　　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（訪問看護事業）の利用について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　者 | 氏名 | |  | | |
| 生年月日 | |  | | |
| 疾病名 | |  | | |
| 受給者番号 | |  | | |
| 在宅療養  開始時期 | | 年　　月 | 人工呼吸器装着  開始時期 | 年　　月 |
| 過去１年間の訪問看護状況 | 訪問看護回数 | | 年　　　回　　・　　月平均　　　回 | | |
| 訪問看護ステーション等医療機関 | | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 管理者氏名 |  | |
| 主治医 | | 医療機関名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 氏名 |  | |
| 利用を希望する訪問看護ステーション等医療機関 | １ | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| ２ | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |

※　医師の訪問看護指示書（有効期限内のもの）の写し、訪問看護計画書の写しを添付してください。