**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業再交付申請書**

　　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）

利用決定通知書等を（　破損　・　忘失　）したので再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業区分 | * 小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業
* 小児慢性特定疾病児童等介助人派遣事業
* 小児慢性特定疾病児童等訪問看護事業
* 医療的ケア児等在宅レスパイト事業
 |
| 患　　者 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 受給者番号（該当者のみ） |  |