**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業利用資格変更届**

　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
| 変更事項 | | 変　　　更　　　後 | | | |
| 患　　　者 | | 氏 名 |  | | |
| 住 所 |  | | |
| 訪問看護ステーション等医療機関 | 1 | 名称 | 追加・変更 | | |
| 所在地 |  | | |
| 2 | 名称 | 追加・変更 | | |
| 所在地 |  | | |
| 主な介護者 | | 氏 名 |  | 患者との続柄 |  |

* 患者情報を変更する場合は、公的機関が発行した氏名住所の変更が確認できる書類の写し（マイナンバーカード等）及び利用決定通知書等を添付してください。
* 訪問看護ステーション等医療機関の追加又は変更がある場合は、医師の訪問看護指示書の写し、訪問看護計画書の写し、及び利用決定通知書を添付してください。