**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（介助人派遣事業）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（介助人派遣事業）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 | 有　・　無　（装着の時期：　　年　　月） | | |
| 気管切開 | 有　・　無　（切開の時期：　　年　　月） | | |
| 主な介護者 | 氏名 |  | 患者との  続柄 |  |