

（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一時入院支援事業実施申出書
小児慢性特定疾病児童等一時入院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	
医療機関名	
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 この届出書により姫路市小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業要綱第4条に基づく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

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業申請書

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 (※必ず連絡が取れる連絡先) _____

メールアドレス _____

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

なお、この事業に必要な情報として、小児慢性特定疾病医療費認定申請時の医療意見書及び申請者からの情報提供書等を一時入院予定先へ情報提供することを同意します。

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)
一時入院を必要とする 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 ()			
一時入院についての担当医の了解の有無	1 了解を得ている 2 了解を得ていない		担当医師名 医療機関名	
一時入院希望医療機関				
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一時入院支援事業

利用不承認通知書

様

姫路市長

年 月 日付けで申請のあった一時入院の申請について、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一時入院支援事業利用申込書

契約医療機関

病 院 長 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一時入院支援事業について、次のとおり申し込みます。

対 象 者	氏 名	
	小児慢性特定疾病 医療受給者証 受給者番号	
一時入院の期間（予定）	年 月 日から 年 月 日	
一時入院の理由	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（ _____ ）	

(実施医療機関記入欄)

一時入院の可否	可 ・ 否
一時入院の期間	年 月 日から 年 月 日
否の場合の理由	
担当者 所属 氏名 (連絡先電話番号)	(TEL _____)

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業実施報告書

（宛先）姫路市長

請求者 住所 _____

医療機関名 _____

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。

実施内容

対象者の氏名	1日単価	利用日数	利用金額	請求金額
合計				

※利用金額は、一時入院料（1日単価）×利用日数とする。

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等一時入院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一時入院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

住所 _____

医療機関名 _____

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一時入院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（※必ず連絡が取れる連絡先） _____
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一時入院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（※必ず連絡が取れる連絡先） _____

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			

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業
利用取消通知書

様

姫路市長

年 月 日付けで承認しました一時入院の利用については、次の理由により取り消します。

記

取り消す理由