

様式第2号（第5条関係）

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業利用申請書

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 _____

（※必ず連絡が取れる電話番号）

メールアドレス _____

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

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)
療養生活支援を必要とする 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 (_____)				
訪問看護事業者	住 所	〒 _____	〒 _____	訪問看護 の利用 無	
	名 称				
主 治 医	住 所	〒 _____			
	医療機関名				
	氏 名				
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 _____)			