

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)西宮市長

(申請者)

住所

氏名

(対象者との続柄 )

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。  
また、関係機関から事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

記

対象者	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日( 歳)
	住所	西宮市		
疾病名		小児慢性特定疾病医療 受給者証受給者番号		
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、介護者の受診 2 兄弟の習い事や行事等への参加 3 小慢児童等の受診の付き添い 4 小慢児童等の入院中の付き添い 5 その他 ( )			
利用事業者	住所			普段の 訪問介護の 利用 有・無
	名称			
主治医	住所			普段の 訪問看護の 利用 有・無
	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	
	電話番号	:		
緊急時の連絡先	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を記載