

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業 利用申込書

契約事業者 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

(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を記載)

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業について、次のとおり申し込みます。

対象の小慢児童等 氏 名	
療養生活支援希望期間(予定)	年 月 日 時 分 ~ 時 分(時間)
療養生活支援を必要とする理由	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 ()

(実施事業者記入欄)

療養生活支援の可否	可 ・ 否	
療養生活支援の期間	年 月 日 時 分 ~ 時 分 (時間 分)	
否の場合の理由		
担 当 者	所 属	
	氏 名	
	電話番号	— —

※申請書は、利用日毎に1枚とする

※契約事業者は、利用申込書を受理したときは、その利用について調整を行い、受入の可否について利用申込書に記入し、その写しを西宮市保健所に提出して下さい。