

長期療養児家庭支援事業申請書

患者 △ 対象児童 ▽	フリガナ		男・女	生年	年 月 日
	氏名			月日	
	住所	〒			

利用者	フリガナ		男・女 続柄 ()	生年	年 月 日
	氏名			月日	

宿泊施設	
------	--

宿泊予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
--------	----------------------

利用者	フリガナ		男・女 続柄 ()	生年	年 月 日
	氏名			月日	

宿泊施設	
------	--

宿泊予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
--------	----------------------

医療 機関	所在地	
	名称	

入院予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
--------	----------------------

令和 年 月 日

京都府知事 様

申請者 住所
氏名 印

※ 添付書類：小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、長期療養証明書（医療機関発行）

※ 付添家族（利用者）が交替する場合は、各々の記載をお願いします。