

年度鳥取県療養生活支援事業利用申請書

(委託指定医療機関の長) 様

鳥取県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

対象児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			() 歳
	住所	〒	疾病名	
			小慢受給者番号	
申請者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所 (対象児童と同一の場合「同上」と記入)	〒		
			連絡先	電話： FAX：

※申請する際は、事業の利用についての主治医の紹介状を添付してください。

※委託指定医療機関の医師が主治医の場合は紹介状は不要です。