

新潟県在宅難病患者看護力強化事業補助金  
利用計画書

(元号) 年 月分

(元号) 年 月 日

## 1 申請者

住 所	□□□ - □□□□
ステーション名	
電 話 番 号	(市外局番 ) 局-

## 2 患者情報

患 者 氏 名			
居 住 地 (市町村名のみ)			
制 度 名	該当の部分の・を○で囲んでください ・指定難病            ・小児慢性特定疾病            ・特定疾患治療研究事業		
上記制度における 疾 患 名		受 給 者 番 号	

## 3 利用予定内訳一覧

サービス時間	時 間	金 額
(元号) 年 月 日 時 分から 時 分まで		
(元号) 年 月 日 時 分から 時 分まで		

## 4 月2回もしくは月1回8時間以内の利用が必要な理由

--

注 原則によらない利用の場合（その場合であっても、年12回以内、48時間以内となります）は事前に本利用計画書を提出いただく必要がありますが、提出いただいた場合であっても、理由を確認した後に調整をお願いする場合があります。