小児慢性特定疾病児童等移行期医療に係る普及啓発リーフレット

送付申込書

標記リーフレットについて、下記のとおり申し込みます。

**１　送付物**

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 部数 |
| ①　医療機関向け　「東京都移行期医療支援センター」 | 部 |
| ②　患者向け　　　「大人になっていくあなたへ」 | 部 |

　※　残部の都合等により、部数の調整をお願いする場合があります。

**２　送付先（連絡先）**

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 | 〒 |
| 住所 |  |
| 名称 |  |
| 部署 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【リーフレットについて】

○　医療機関向け

医療機関の皆様に向けた、移行期医療の内容や東京都移行期医療支援センターの取組等を紹介したリーフレットです。

○　患者向けリーフレット

貴院で診療している移行期の患者に対し、今後の移行期医療支援（自立支援・転科支援）を始める際の説明等に御活用いただくリーフレットです。

　【参考】東京都福祉保健局ホームページ】

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/syoman/ikouki.html>

（東京都福祉保健局トップページ＞子供家庭＞子育て支援＞助成・給付＞小児慢性特定疾病医療費助成＞成人期医療への移行支援（移行期医療支援体制整備事業））



（担当）

東京都福祉保健局少子社会対策部

家庭支援課母子医療助成担当

　電話　03-5320-4375（直通）