

様式2-(3)

指定自立支援医療機関（更生・育成医療）変更届（指定訪問看護事業者等）

新	訪問看護ステーション等	名 称		(医療機関コード)		
		所 在 地		〒	—	TEL ()
	指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	代 表 者	住 所	〒	—	TEL ()
			氏 名 又 は 名 称			
生年月日				職 名		
旧	訪問看護ステーション等	名 称		(医療機関コード)		
		所 在 地		〒	—	TEL ()
	指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	代 表 者	住 所	〒	—	TEL ()
			氏 名 又 は 名 称			
生年月日				職 名		
訪問看護ステーション等の職員の定数					(別紙①)	
役員の氏名、生年月日及び住所					(別紙②)	
変 更 年 月 日			年 月 日			
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p>所在地 名 称 代表者</p> <p>(提出先) 大 阪 市 長</p>						

※変更される項目は必ず新旧とも記入してください。

※訪問看護ステーション等名称以外の変更を届ける場合、必ず現在の訪問看護ステーション等の名称を旧の名称欄に記入してください。

※訪問看護ステーション等の所在地や自立支援医療の種類の変更は指定申請書を提出して下さい。