特定医療費（指定難病）助成指定医療機関変更届

（訪問看護事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| 機関区分 | 　訪問看護事業所 |
| 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 | 名称 | □ |  |
| 主たる事務所の所在地 | □ | 電話 （ ） |
| 代表者 | 住所 | □ |  |
| 氏名 | □ |  |
| 生年月日 | □ |  |
| 職名 | □ |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名　　称 | □ |  |
| 所在地 | □ |  |
| 訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号 | □ |  |
| 役員及び管理者の職・氏名 | □ | 職　名 | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 　上記のとおり，難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１９条第１項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け出ます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日（宛先）京都市長　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　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　※変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

　　　　※「役員及び管理職の職・氏名」欄に全員記入できない場合は，別紙に記入すること。