

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	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	電話 ()	
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
		氏 名	<input type="checkbox"/>	
	生年月日	<input type="checkbox"/>		
	職 名	<input type="checkbox"/>		
訪問看護ステーション等	名 称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>		
訪問看護ステーションコード又は 介護保険事業所番号		<input type="checkbox"/>		
役員及び 管理者の職・氏名		<input type="checkbox"/>	職 名	氏 名
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)京都市長</p> <p style="margin-left: 40px;">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 style="margin-left: 40px;">所在地 名 称 代 表 者</p>				

※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。