|  |
| --- |
| 別紙様式２－（２）　　年　　月　　日福 井 県 知 事　様指定訪問看護事業者指定居宅サービス事業者指定介護予防サービス事業者住　所：名　称：代表者： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　難病医療費助成指定医療機関変更届出書（訪問看護）下記のとおり、難病の患者等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します。**（変更がある事項の□の中にレ印を付け、変更前、変更後の内容を記載してください。）** |
| 事　項 | **＜変更前＞** | **＜変更後＞** |
| 指定介護予防サービス事業者指定居宅サービス事業者指定訪問看護事業者 | 名　称 | **□** |  |  |
| 主たる事務所の所在地 | **□** | **〒** | **〒** |
| 代表者 | 住　所 | **□** | **〒** | **〒** |
| 氏　名 | **□** |  |  |
| 生年月日 | **□** |  |  |
| 職　名 | **□** |  |  |
| ステーション訪問看護 | 名　称 | **□** |  |  |
| 所在地 | **□** | **〒** | **〒** |
| 　 コ─ド※１ | **□** |  |  |
| 指定年月日※２ | **□** | 　　　年　 月 　 日 | 　　　年　 月 　 日 |
| 役員の職･氏名（開設者が法人の場合）※３ | **□** | 役　職 | 氏　　名 | 役　職 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ※１　訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載してください。※２　指定訪問看護事業者等として指定された年月日（最新のもの）※３　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。 |