指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届

（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問看護ステーション等 | 名　　　　　　称 |  |
| 所　　 在　 　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ※　以下は、変更があった事項のみ記入及び別紙添付してください。 |
| 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 | （新） |
| （旧） |
| 主たる事務所の所在地 | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 代 表 者 | 住　　　所 | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 氏　　　名 | （新） |
| （旧） |
| 生年月日 | （新） |
| （旧） |
| 職　　　名 | （新） |
| （旧） |
| 訪問看護ステーション等 | 名　　　　　　称 | （新） |
| （旧） |
| 所　　 在　 　地 | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 職員の定数 | （別紙） |
| 変更年月日（変更事項ごとに記入） | 　　年　　月　　日 |
| 　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第64条の規定により届け出ます。　令和　　年　　月　　日　　　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　　　　　　　　　岐　阜　県　知　事　　様 |

　備考　「職員の定数」に関して変更がある場合は、第13号様式における（別紙）を添付

すること。