|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | |