

福岡市在宅人工呼吸器使用患者支援事業変更（追加）届

年 月 日

（あて先）福岡市長

〒
 （届出者） 住 所
 氏 名
 受 給 者
 と の 続 柄
 電 話 番 号

ふりがな				特定医療費 受給者番号	
受給者氏名					
変更年月日		年 月 日 から 変更 ・ 追加			
変更事項		変更前		変更後	
1	ふりがな				
	氏名				
2	住所				
3	加入保険				
4	① 訪問看護ステーション 等医療機関	名称			
		所在地			
	②	名称			
		所在地			

- 注意事項
- 1 変更事項1～4の該当する番号に○をつけてください。
 - 2 氏名・住所の変更の場合は特定医療費（指定難病）受給者証の写しを添付してください。
 - 3 加入保険の変更の場合は特定医療費（指定難病）受給者証と保険証の写しを添付してください。
 - 4 訪問看護ステーション等医療機関を変更しようとする場合は、あらかじめ届け出てください。また、変更後の訪問看護ステーション等医療機関の訪問看護指示書及び訪問看護計画書を添付してください。