様式第13号

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書**

**（ 指定訪問看護事業者等 ）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | | 変更前 | 変更後 |
| 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 | |  |  |
| 主たる事務所  の所在地 | | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 代　　表　　者 | 住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | |  |  |
| ステーションコード | |  |  |
| 所在地 | | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 職員の定数 | |  | （付表１） |
| 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（平成17年法律第123号）第64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を行います。  年　　　月　　　日  福岡市長　　様  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 | | | | |

※ 変更部分について記載してください。

※ 変更部分を説明する書類 ( 県お届けの写しなど ) を添付してください。

**※ 訪問看護ステーション等の名称及び所在地は，変更がない場合でも変更前に記入してください。**