育成医療・更生医療　確認書（訪問看護ステーション）

変更届出用

|  |  |
| --- | --- |
| **変更**する内容  （あてはまる番号を○で  囲んで、変更前の情報を記入してください） | 0. 変更のあった年月日　　　【　　　　　　　　　　　】  1. 訪問看護ステーションの名称  旧）名称　【　　　　　　　　　　　　　　　　】  2. 訪問看護ステーションの所在地  旧）所在地【　　　　　　　　　　　　　　　　】  3. 指定訪問看護事業者等の名称、主たる事業所の所在地、その代表者の氏名、生年月日、住所、職名  旧）名称【　　　　　　　　　　　　　　　　】  旧）所在地【　　　　　　　　　　　　　　　】  旧）職名【　　　　　　　　　　　　　　　　】  旧）代表者氏名【　　　　　　　　　　　　　 】  4. 指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービスに従事する職員の定数  旧）定数【　　　　　　　　　　　　　　　　】  5. 医療機関コード  変更年月日（※０と違う場合）【　　　　　　　　　】  旧コード【　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 訪問看護ステーション名 | ふりがな） |
|  |
| 訪問看護ステーション　所在地（指定後、公開します） | 〒 |
| 訪問看護ステーションTEL  （指定後、公開します） |  |
| 保険医療機関コード番号 | ※地区２桁＋機関５桁＝７桁 |
| 指定年月日（介護） | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 提出書類の担当者 |  |
| 〃　の連絡先TEL |  |

神戸市福祉局障害者支援課（TEL 078-322-6733）

様式２－（３）

**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）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| 主たる事業所の  所在地 | |  |
| 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 | |  |
| 所　在　地 | |  |
| 職員の定数 | | （別紙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う。  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  神　戸　市　長　　宛 | | | |

※直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

[別紙１]

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護

又は指定居宅サービス（介護保険法第８条第４項に規定する訪問看護に限る。）

若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第８条の２第４項に規定する介護予防

訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　　　　種 | 定　　　　　　数 |
|  |  |

（備考）

　　１職員の定数は，保健師，看護師，理学療法士，作業療法士等の職種ごとに記載すること。

　　２それぞれの職員について免許証の写を添付すること。