**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 | | |  | |
| 主たる事務所  の所在地及び  電話番号 | | | 〒  TEL　　　　－　　　　－ | |
| 代  表  者 | 住所及び  電話番号 | | 〒  TEL | |
| 氏　　名 | |  | |
| 生年月日 | |  | |
| 職　　名 | |  | |
| 訪問看護ステーション等 | | 名　　　称 | | |  | |
| 所 在 地 | | | 〒  TEL | |
| 職員の定数 | | | （別紙） | |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 | | | 変更事項 | |  |
| 変更前 |  | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | |
| 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。  　　　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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  　　　住　 所  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　氏名又は名称  　　　　　　　　　 　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  長野市長　宛 | | | | | | |

※直近の指定の申請（変更届出も含む）時点から変更が生じて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。