

在宅人工呼吸器使用患者支援事業変更（追加）届

年 月 日

群馬県知事 へ

申請者 住所
氏名

次のとおり、変更（追加）がありましたので届け出します。

受給者番号				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				(郵便番号 -)			
3	実施医療機関	名称	①					
			②					
	所在地	①						
		②						
4	指示書作成機関							

- 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 変更事項が1、2の場合は、医療受給者証の写し等を添付
 - ③ 3、4の場合は、既に承認されているものも記載してください。
 - ④ 申請者の押印は、受給者本人の自署であれば不要です。
 - ⑤ 実施医療機関が変更になる場合には、変更後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。