

申請内容等変更届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

(届出者)

氏 名

申請者との続柄

住 所 〒

電話番号

埼玉県在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱第7の1の規定により、次のとおり届け出ます。

|              |  |
|--------------|--|
| ふりがな<br>患者氏名 |  |
| 受給者番号*       |  |
| 変更事項         |  |
| 変更前          |  |
| 変更後          |  |
| 変更年月日 (予定)   |  |
| 変更の理由        |  |

\*指定難病医療受給者証及び特定疾患医療受給者証に記載されている番号を記入してください。

※要綱第6に基づき交付した登録承認通知書を添付してください。

※利用する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、あらかじめこの様式に基づき届け出てください。本事業の実施に当たり、あらかじめ埼玉県と訪問看護ステーション等医療機関の開設者との間で委託契約を締結する必要があります。埼玉県と委託契約を締結していない訪問看護ステーション等医療機関の利用はできませんので御注意ください。