様式　４

**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　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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 |  |  |  |
| 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。