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。