医療的ケア児在宅レスパイト事業利用資格変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（あて先）横須賀市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話  　以下のとおり変更になりましたので届け出ます。  　なお、訪問看護ステーション等医療機関に情報提供することに同意します。 | | | |
| 変更事項  （〇印） | | （　　）利用児童の氏名・利用児童の住所（市内転居）※  （　　）主治医の訪問看護指示書 | |
| 変  更  前 | 利用児童 | フリガナ  氏名 |  |
| 住所 |  |
| 変  更  後 | 利用児童 | フリガナ  氏名 |  |
| 住所 |  |
| 主治医の  訪問看護  指示書 | 添付（写）のとおり | |

※　利用児童の氏名・住所の変更の場合は、届出の際に変更したことが分かるもの（例：免許証、保険証等の写し）を添付してください。