**難病患者在宅介護支援事業利用資格変更届**

　　　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | | * 一時入院支援事業 * 介助人派遣事業 * 難病患者在宅レスパイト事業 | | | |
| 変更事項 | | 変　　　更　　　後 | | | |
| 患　　　者 | | 氏 名 |  | | |
| 住 所 |  | | |
| 訪問看護ステーション等医療機関 | 1 | 所在地 |  | | |
| 名 称 |  | | |
| 2 | 所在地 |  | | |
| 名 称 |  | | |
| 主な介護者 | | 氏 名 |  | 患者との続柄 |  |

* 患者情報を変更する場合は、公的機関が発行した氏名住所の変更が確認できる書類の写し（マイナンバーカード等）を添付してください。
* 訪問看護ステーション等医療機関情報が変更する場合は、医師の訪問看護指示書の写し及び訪問看護計画書の写しを添付してください。