

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） 宇都宮市長

届出者 住 所 宇都宮市○○町1-1
 氏 名 宇都宮 太郎
 （利用児童との続柄 父 ）
 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。
 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 (○印)		(○) 家族の氏名・家族の住所（市内転居） (○) 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・訪問看護計画書				
変更前	家族 (主な介護者)	氏 名	宇都宮市○○町1-1			
		住 所	宇都宮 太郎			
		生年月日	平成5年11月1日	利用児童 との続柄	父	
	フリガナ 利用児童氏名	ウツノミヤ ハナ 宇都宮 花				
変更後	家族 (主な介護者)	氏 名	同上			
		住 所	宇都宮市○○町3-3			
		生年月日	同上年—月—日	利用児童 との続柄	同上	
		フリガナ 利用児童氏名	同上			
		主治医の訪問 看護指示書	添付(写)のとおり			
		訪問看護 計画書	添付(写)のとおり			

※ 利用児童の氏名、家族の氏名、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。