

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
氏 名
（利用児童との続柄）
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。
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)		<input type="checkbox"/> 家族の氏名・家族の住所（市内転居） <input type="checkbox"/> 利用児童の氏名・利用児童の住所（市内転居） <input type="checkbox"/> 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			
		住 所			
		生年月日	年 月 日	利用児童 との続柄	
	フリガナ 利用児童氏名				
変更後	家族 (主な介護者)	氏 名			
		住 所			
		生年月日	年 月 日	利用児童 との続柄	
	フリガナ 利用児童氏名				
	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。