

訪看・変更

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
変更事項届出書提出書類（指定訪問看護事業者
等用）

指定自立支援医療機関変更事項届出書申請書（様式第 54 号）に以下の必要書類を添付してください。

- ① 指定訪問看護事業所等の名称又は所在地の変更
 登記事項証明書（登記簿謄本の写しでも可）又は設置
 許可証の写し
- ② 開設者の住所及び氏名又は名称の変更
 登記事項証明書（登記簿謄本の写しでも可）
- ③ 従事する職員の定数の変更
 従事する職員の定数の変更（別紙 18）

医療機関コードが変わる場合は、新しい医療機関コードの
写しを添付してください。

【問い合わせ・送付先】 〒420-0846 静岡市葵区城東町 24-1
静岡市地域リハビリテーション推進センター
電話 054-249-3182 FAX 054-209-0103

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更事項届出書

1 医療機関の所在地及び名称

- (1) 所在地
- (2) 名称

2 変更事項（該当するものを○で囲むこと。）

- (1) 指定医療機関の名称又は所在地の変更
- (2) 開設者の住所及び氏名又は名称の変更
- (3) 標榜している診療科目の変更
- (4) 主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び経歴の変更
- (5) 育成医療・更生医療を行うために必要な設備体制の概要の変更
- (6) その他

3 変更内容

変更前	変更後	備考（理由、変更年月日）
		変更理由 変更年月日 年 月 日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者又は指定訪問看護事業者等の
住所（法人にあっては、所在地）

氏名（法人にあっては、名称）

（宛先）静岡市長

（注）（1）（所在地の変更を除く。）、（2）又は（3）の変更にあつては登記事項証明書又は設置許可証の写しを、（4）の変更にあつては経歴書に関する様式及び必要な添付資料を、（1）（所在地の変更に限る。）又は（5）の変更にあつては設備及び体制の概要に関する様式を添付すること。

※連絡先（必ず記入してください） Tel _____ 担当者 _____

(別紙18)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

訪問看護ステーション等の名称	
職 種	定 数

(注) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種毎に記載してください。

記入例

様式第 54 号（第 44 条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更事項届出書

1 医療機関の所在地及び名称

(1) 所在地 **静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号**

(2) 名称 **訪問看護ステーション〇〇**

2 変更事項（該当するものを○で囲むこと。）

(1) 指定医療機関の名称又は所在地の変更

(2) 開設者の住所及び氏名又は名称の変更

(3) 標榜している診療科目の変更

(4) 主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び経歴の変更

(5) 育成医療・更生医療を行うために必要な設備体制の概要の変更

(6) その他

3 変更内容

変更前	変更後	備考（理由、変更年月日）
葵 三郎	駿河 次郎	変更理由 人事異動に伴う変更 変更年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。

〇〇年〇〇月〇〇日

開設者又は指定訪問看護事業者等の

住所（法人にあっては、所在地）

静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号

氏名（法人にあっては、名称）

〇〇協同組合連合会

代表取締役 清水 太郎

（宛先）静岡市長

（注）（1）（所在地の変更を除く。）、（2）又は（3）の変更にあつては登記事項証明書又は設置許可証の写しを、（4）の変更にあつては経歴書に関する様式及び必要な添付資料を、（1）（所在地の変更に限る。）又は（5）の変更にあつては設備及び体制の概要に関する様式を添付すること。

※連絡先（必ず記入してください） Tel〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 担当者 〇〇 〇〇

(別紙18)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

訪問看護ステーション等の名称	訪問看護ステーション〇〇〇〇
職 種	定 数
看護師	5名（専従4名、兼務1名）
理学療法士	4名（専従1名、兼務3名）
作業療法士	2名（兼務2名）

※実績（開設時～現在）

- ・ 6歳男児 脳性マヒ
訪問開始日 H〇年～現在
訪問回数 2回/週
医療ケア 気管カニューレ
- ・ 2歳女児 痙性四肢麻痺

実績については
3例以上記載し
て下さい。

(注) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種毎に記載してください。