

注 意 事 項

1. この書類は、枚方市福祉事務所に提出してください。
2. この書類は、医療機関等の名称、所在地等に変更があった場合に、所要事項を記載して提
さい。

記 載 要 領

1. ※印の箇所については、不要なものを棒線で消してください。
2. 病院、診療所、老人保健施設又は薬局が届け出る場合には、その病院等について
記載してください。指定(老人)訪問看護事業者が届け出る場合には、その開設する(老人)
訪問看護ステーションごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、
その開設する助産所又は施術所について記載してください。
3. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護療養型医療施設又は介護医療院が届
る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者が届け出る場合には、そ
事業の種類及び開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援
事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
4. 指定機関等の「番号」は、医療機関コード、(老人)訪問看護ステーションコード、
薬局コード又は介護保険事業者番号を記載してください。
5. 指定医療機関等の「名称」は略称等を用いることなく、医療法による開設許可証等に記載さ
名称を記載してください。
6. 「委託患者の措置状況」については、既に行った措置及び今後予定している措置を記載
してください。
7. 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名及び主たる事業所の
所在地を記載してください。