

地方厚生（支）局長
都道府県知事

} 殿

厚生労働省保険局長
(公印省略)

行政手続きに係る押印を不要とする取扱いについて

令和 2 年 7 月 17 日に閣議決定された「規制改革実施計画」において、原則として法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているものについて、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正を行うこととされている。

これを踏まえ、以下の通知において、国民や事業者等に対して押印を求めている手続について、当該押印を不要とする改正を、それぞれ別添 1 及び別添 2 のとおり行うこととしたので、貴管下の保険医療機関、訪問看護ステーション及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

- ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和 2 年 3 月 5 日保発 0305 第 2 号）
- ・「指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第 88 条第 1 項の規定に基づく指定等の取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保発 0305 第 5 号）

「医療費の内容の分かる領収書及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」
(令和 2 年 3 月 5 日保発 0305 第 2 号) の一部改正について

別紙届出様式を次のように改める。

当該改正は本通知の発出日から適用されるものとする。

旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

(別紙届出様式)

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告)

年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

地方厚生(支)局長 殿

開 設 者 名

1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○)

- | | |
|---|---|
| 1 | 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため。(自己負担がある患者に係る場合を含む。) |
| 2 | 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担がある患者に係る場合を含む。) |
| 3 | 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) |
| 4 | 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) |

2. レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について

改修予定年月を(1)に記載し、()内のいずれかに○を記載すること。未定の場合は(2)に記載すること。

(1) 年 月 (レセプトコンピュータ・自動入金機)

(2) 年第 四半期 目 途

3. 明細書発行についての状況

- | | |
|--------------|--|
| 1 | 希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載) |
| (1) 発行場所 | ① 会計窓口 ② 別の窓口 ③ その他() |
| (2) 発行のタイミング | ① 即時発行 ② その他() |
| 2 | 費用徴収の有無 有 ・ 無 |
| 3 | 費用徴収を行っている場合その金額 円 |
| 4 | 当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠 (※実費相当であることが分かるよう、具体的な根拠を明記すること。) |

4. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者(自己負担のない患者を含む。)に無料で発行していない診療所が提出するものであること。

注2) 正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している診療所であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。

注3) 自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合は、3の1の記載は要しないものであること。

注4) 本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした診療所は、取下げの届出を行うこと。

(別添1 参考)

○「医療費の内容の分かる領収書及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」(令和2年3月5日保発0305第2号)の一部改正について
(網掛部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
別紙 様式第1 (表面のみ) (別紙届出様式) 明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告) 年 月 日 保険医療機関の所在地 及び名称 地方厚生(支)局長 殿 開 設 者 名 1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○) 1 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため。(自己負担がある患者に係る場合を含む。) 2 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担がある患者に係る場合を含む。) 3 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) 4 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) 2. レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について 改修予定年月を(1)に記載し、()内のいずれかに○を記載すること。未定の場合は(2)に記載すること。 (1) 年 月 (レセプトコンピュータ・自動入金機) (2) 年第 四半期目途 3. 明細書発行についての状況 1 希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載) (1) 発行場所 ① 会計窓口 ② 別の窓口 ③ その他() (2) 発行のタイミング ① 即時発行 ② その他() 2 費用徴収の有無 有 ・ 無 3 費用徴収を行っている場合その金額 円 4 当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠 (※実費相当であることが分かるよう、具体的な根拠を明記すること。) 4. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。 注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者(自己負担のない患者を含む。)に無料で発行していない診療所が提出するものであること。 注2) 正当な理由の1)には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している診療所であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。 注3) 自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合は、3の1の記載は要しないものであること。 注4) 本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした診療所は、取下げの届出を行うこと。	別紙 様式第1 (表面のみ) (別紙届出様式) 明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告) 年 月 日 保険医療機関の所在地 及び名称 殿 開 設 者 名 1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○) 1 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため。(自己負担がある患者に係る場合を含む。) 2 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担がある患者に係る場合を含む。) 3 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) 4 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) 2. レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について 改修予定年月を(1)に記載し、()内のいずれかに○を記載すること。未定の場合は(2)に記載すること。 (1) 年 月 (レセプトコンピュータ・自動入金機) (2) 年第 四半期目途 3. 明細書発行についての状況 1 希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載) (1) 発行場所 ① 会計窓口 ② 別の窓口 ③ その他() (2) 発行のタイミング ① 即時発行 ② その他() 2 費用徴収の有無 有 ・ 無 3 費用徴収を行っている場合その金額 円 4 当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠 (※実費相当であることが分かるよう、具体的な根拠を明記すること。) 4. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。 注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者(自己負担のない患者を含む。)に無料で発行していない診療所が提出するものであること。 注2) 正当な理由の1)には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している診療所であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。 注3) 自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合は、3の1の記載は要しないものであること。 注4) 本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした診療所は、取下げの届出を行うこと。

「指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第 88 条第 1 項の規定に基づく指定等の取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号）の一部改正について

様式第 1 及び様式第 2 並びに参考様式 1 及び参考様式 2 を次のように改める。

当該改正は本通知の発出日から適用されるものとする。

旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

※ 番 号			
※ 指定訪問看護ステーションコード			
① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称		
	所 在 地		
② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名	名 称		
	主 たる 事 業 所 の 所 在 地		
	法 人 代 表 者 氏 名		
③ 管 理 者	氏 名		
	保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師	保健師籍、助産師籍又は看護師籍の登録番号	
④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年 月 日		
⑤ ①の主たる所在地以外の場所で一部実施する事業所	名 称		
	所 在 地		
	代 表 者 氏 名		
⑥ 健康保険法第 8 9 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか（指定欠格事由）に該当	有 ・ 無	該当する法律名	
		内 容	
		該 当 年 月 日	
		処 分 権 者 等	

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

地方厚生（支）局長 殿

代表者の職名及び氏名

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

記入上の注意

- 1 ③の欄は、該当する文字を○印で囲むこと。
- 2 ⑥の欄は、指定欠格事由に該当しない場合（平成18年10月1日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合を含む。）は無を○で囲み、有を○で囲んだ場合は次の該当する法律名を記載すること。

また、内容欄には、指定欠格事由の内容及び非該当となる年月日を記載すること。

該当法律

- | | |
|--------------|-----------------------------------|
| ・ 健康保険法 | ・ 国民健康保険法 |
| ・ 船員保険法 | ・ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 医師法 | ・ 薬剤師法 |
| ・ 歯科医師法 | ・ 地方公務員等共済組合法 |
| ・ 保健師助産師看護師法 | ・ 高齢者の医療の確保に関する法律 |
| ・ 医療法 | ・ 再生医療等の安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 私立学校教職員共済法 | ・ 臨床研究法 |
| ・ 国家公務員共済組合法 | |

※印の欄には記入しないこと。

様式第 2

受理番号	
------	--

① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	
	所 在 地	
② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等	名 称	
	主たる事業所の所在地	
	代表者氏名及び住所	

上記のとおり、指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。

年 月 日

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

地方厚生（支）局長 殿

代表者の職名及び氏名

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

備考：「受理番号」欄には、記入しないこと。

訪問看護事業変更届

指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	
	所在地	
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	
	所在地	
変 更 の 事 由		変 更 の 内 容
☐ 訪問看護ステーションの名称・所在地の変更 ☐ 開設者(法人等)の名称・所在地の変更 ☐ 法人等の代表者の氏名・住所の変更 ☐ 法人等の定款・寄附行為・条例の変更 ☐ 法人等が他に開設している介護老人保健施設等の 名称・所在地・施設内容の変更, 廃止 ☐ 管理者の変更(交替), 氏名・住所の変更 ☐ 運営規程の変更		(変更前)
		(変更後)
変 更 の 年 月 日		年 月 日

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

指定訪問看護事業者の

名称・所在地

代表者の氏名

連絡先 担当者氏名：()

電話番号：()

地方厚生（支）局長殿

(注) 次の変更事由の場合は、それぞれに掲げる書類を添付すること。

- 1 開設者(法人等)の名称・所在地の変更、代表者の氏名・住所の変更または定款・寄附行為・条例の変更の場合は、変更後の定款・寄附行為・条例の写
- 2 開設者(法人等)が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更の場合は、変更後の介護老人保健施設等の概要表
- 3 管理者の変更の場合は、その者の看護師等の免許証の写
- 4 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程

この変更届は、変更の事由が生じたときから 10 日以内に提出すること。

訪問看護事業の休止・廃止・再開届

指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	
	所在地	
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	
	所在地	
届 け 出 の 事 由	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開	
休 止 ・ 廃 止 理 由		
休止・廃止・再開年月日	年 月 日	
休止の場合その予定期間	年 月 日まで（ 月間）	
休止・廃止の場合，利用者に対してとった措置等		

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

指定訪問看護事業者の

名称・所在地

代表者の氏名

連絡先 担当者氏名：（ ）

電話番号：（ ）

地方厚生（支）局長 殿

(別添2 参考)

○「指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第 88 条第 1 項の規定に基づく指定等の取扱いについて」(令和 2 年 3 月 5 日保発 0305 第 5 号)の一部改正について

(網掛部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前																																																																																																																																								
様式第 1 (表面のみ) 様式第 1 (表 面) <table><tr><td>※ 番 号</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>※ 指定訪問看護ステーションコード</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン</td><td>名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>所 在 地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名</td><td>名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>主 たる 事 業 所 の 所 在 地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>法 人 代 表 者 氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>④ 管 理 者</td><td>保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師</td><td>保健師、助産師又は看護師の登録番号</td><td></td></tr><tr><td>④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日</td><td>年 月 日</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>⑤ ①の主たる所在地以外の場所の一部実施する事業所</td><td>名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>所 在 地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>代 表 者 氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>健康保険法第 89 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか (指定欠格事由) に該当</td><td>有 ・ 無</td><td>該当する法律名</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>該 当 年 月 日</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>処 分 権 者 等</td><td></td></tr></table> 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者の名称及び主たる事業所の所在地 地方厚生 (支) 局長 殿 代表者の職名及び氏名 連絡先 担当者氏名 : () 電話番号 : ()	※ 番 号				※ 指定訪問看護ステーションコード				① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称				所 在 地			② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名	名 称				主 たる 事 業 所 の 所 在 地				法 人 代 表 者 氏 名				氏 名			④ 管 理 者	保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師	保健師、助産師又は看護師の登録番号		④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年 月 日			⑤ ①の主たる所在地以外の場所の一部実施する事業所	名 称				所 在 地				代 表 者 氏 名			健康保険法第 89 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか (指定欠格事由) に該当	有 ・ 無	該当する法律名				内 容				該 当 年 月 日				処 分 権 者 等		様式第 1 (表面のみ) 様式第 1 (表 面) <table><tr><td>※ 番 号</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>※ 指定訪問看護ステーションコード</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン</td><td>名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>所 在 地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名</td><td>名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>主 たる 事 業 所 の 所 在 地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>法 人 代 表 者 氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>④ 管 理 者</td><td>保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師</td><td>保健師、助産師又は看護師の登録番号</td><td></td></tr><tr><td>④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日</td><td>年 月 日</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>⑤ ①の主たる所在地以外の場所の一部実施する事業所</td><td>名 称</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>所 在 地</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td>代 表 者 氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>健康保険法第 89 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか (指定欠格事由) に該当</td><td>有 ・ 無</td><td>該当する法律名</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>該 当 年 月 日</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>処 分 権 者 等</td><td></td></tr></table> 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者の名称及び主たる事業所の所在地 地方厚生 (支) 局長 殿 代表者の職名及び氏名 印 連絡先 担当者氏名 : () 電話番号 : ()	※ 番 号				※ 指定訪問看護ステーションコード				① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称				所 在 地			② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名	名 称				主 たる 事 業 所 の 所 在 地				法 人 代 表 者 氏 名				氏 名			④ 管 理 者	保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師	保健師、助産師又は看護師の登録番号		④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年 月 日			⑤ ①の主たる所在地以外の場所の一部実施する事業所	名 称				所 在 地				代 表 者 氏 名			健康保険法第 89 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか (指定欠格事由) に該当	有 ・ 無	該当する法律名				内 容				該 当 年 月 日				処 分 権 者 等	
※ 番 号																																																																																																																																									
※ 指定訪問看護ステーションコード																																																																																																																																									
① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称																																																																																																																																								
	所 在 地																																																																																																																																								
② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名	名 称																																																																																																																																								
	主 たる 事 業 所 の 所 在 地																																																																																																																																								
	法 人 代 表 者 氏 名																																																																																																																																								
	氏 名																																																																																																																																								
④ 管 理 者	保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師	保健師、助産師又は看護師の登録番号																																																																																																																																							
④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年 月 日																																																																																																																																								
⑤ ①の主たる所在地以外の場所の一部実施する事業所	名 称																																																																																																																																								
	所 在 地																																																																																																																																								
	代 表 者 氏 名																																																																																																																																								
健康保険法第 89 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか (指定欠格事由) に該当	有 ・ 無	該当する法律名																																																																																																																																							
		内 容																																																																																																																																							
		該 当 年 月 日																																																																																																																																							
		処 分 権 者 等																																																																																																																																							
※ 番 号																																																																																																																																									
※ 指定訪問看護ステーションコード																																																																																																																																									
① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称																																																																																																																																								
	所 在 地																																																																																																																																								
② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名	名 称																																																																																																																																								
	主 たる 事 業 所 の 所 在 地																																																																																																																																								
	法 人 代 表 者 氏 名																																																																																																																																								
	氏 名																																																																																																																																								
④ 管 理 者	保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師	保健師、助産師又は看護師の登録番号																																																																																																																																							
④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日	年 月 日																																																																																																																																								
⑤ ①の主たる所在地以外の場所の一部実施する事業所	名 称																																																																																																																																								
	所 在 地																																																																																																																																								
	代 表 者 氏 名																																																																																																																																								
健康保険法第 89 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか (指定欠格事由) に該当	有 ・ 無	該当する法律名																																																																																																																																							
		内 容																																																																																																																																							
		該 当 年 月 日																																																																																																																																							
		処 分 権 者 等																																																																																																																																							
様式第 2 様式第 2 <table><tr><td>① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td></td><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td>② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td></td><td>主たる事業所の所在地</td><td></td></tr><tr><td></td><td>代表者氏名及び住所</td><td></td></tr></table> 上記のとおり、指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。 年 月 日 申請者の名称及び主たる事業所の所在地 地方厚生 (支) 局長 殿 代表者の職名及び氏名 連絡先 担当者氏名 : () 電話番号 : () 備考:「受理番号」欄には、記入しないこと。	① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称			所 在 地		② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等	名 称			主たる事業所の所在地			代表者氏名及び住所		様式第 2 様式第 2 <table><tr><td>① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td></td><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td>② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td></td><td>主たる事業所の所在地</td><td></td></tr><tr><td></td><td>代表者氏名及び住所</td><td></td></tr></table> 上記のとおり、指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。 年 月 日 申請者の名称及び主たる事業所の所在地 地方厚生 (支) 局長 殿 代表者の職名及び氏名 印 連絡先 担当者氏名 : () 電話番号 : () 備考:「受理番号」欄には、記入しないこと。	① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称			所 在 地		② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等	名 称			主たる事業所の所在地			代表者氏名及び住所																																																																																																											
① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称																																																																																																																																								
	所 在 地																																																																																																																																								
② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等	名 称																																																																																																																																								
	主たる事業所の所在地																																																																																																																																								
	代表者氏名及び住所																																																																																																																																								
① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称																																																																																																																																								
	所 在 地																																																																																																																																								
② 事 業 者 名 ・ 代 表 者 氏 名 等	名 称																																																																																																																																								
	主たる事業所の所在地																																																																																																																																								
	代表者氏名及び住所																																																																																																																																								

改 正 後

参考様式 1

参考様式 1

訪問看護事業変更届

指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	
	所在地	
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	
	所在地	
変 更 の 事 由		変 更 の 内 容
☐ 訪問看護ステーションの名称・所在地の変更 ☐ 開設者(法人等)の名称・所在地の変更 ☐ 法人等の代表者の氏名・住所の変更 ☐ 法人等の定款・寄附行為・条例の変更 ☐ 法人等が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更、廃止 ☐ 管理者の変更(交替)、氏名・住所の変更 ☐ 運営規程の変更		(変更前) (変更後)
変 更 の 年 月 日		年 月 日

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

指定訪問看護事業者の
名称・所在地
代表者の氏名

連絡先 担当者氏名：()
電話番号：()

地方厚生(支)局長殿

(注) 次の変更事由の場合は、それぞれに掲げる書類を添付すること。

- 1 開設者(法人等)の名称・所在地の変更、代表者の氏名・住所の変更または定款・寄附行為・条例の変更の場合は、変更後の定款・寄附行為・条例の写
 - 2 開設者(法人等)が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更の場合は、変更後の介護老人保健施設等の概要表
 - 3 管理者の変更の場合は、その者の看護師等の免許証の写
 - 4 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程
- この変更届は、変更の事由が生じたときから 10 日以内に提出すること。

改 正 前

参考様式 1

参考様式 1

訪問看護事業変更届

指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	
	所在地	
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	
	所在地	
変 更 の 事 由		変 更 の 内 容
☐ 訪問看護ステーションの名称・所在地の変更 ☐ 開設者(法人等)の名称・所在地の変更 ☐ 法人等の代表者の氏名・住所の変更 ☐ 法人等の定款・寄附行為・条例の変更 ☐ 法人等が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更、廃止 ☐ 管理者の変更(交替)、氏名・住所の変更 ☐ 運営規程の変更		(変更前) (変更後)
変 更 の 年 月 日		年 月 日

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

指定訪問看護事業者の
名称・所在地
代表者の氏名

印

連絡先 担当者氏名：()
電話番号：()

地方厚生(支)局長殿

(注) 次の変更事由の場合は、それぞれに掲げる書類を添付すること。

- 1 開設者(法人等)の名称・所在地の変更、代表者の氏名・住所の変更または定款・寄附行為・条例の変更の場合は、変更後の定款・寄附行為・条例の写
 - 2 開設者(法人等)が他に開設している介護老人保健施設等の名称・所在地・施設内容の変更の場合は、変更後の介護老人保健施設等の概要表
 - 3 管理者の変更の場合は、その者の看護師等の免許証の写
 - 4 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程
- この変更届は、変更の事由が生じたときから 10 日以内に提出すること。

改 正 後

参考様式 2

参考様式 2

訪問看護事業の休止・廃止・再開届

指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	
	所在地	
訪 問 看 護 ス テ ー ジ ョ ン	名 称	
	所在地	
届 け 出 の 事 由	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開	
休 止 ・ 廃 止 理 由		
休止・廃止・再開年月日	年 月 日	
休止の場合その予定期間	年 月 日まで (月間)	
休止・廃止の場合、利用者に対してとった措置等		

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

指定訪問看護事業者の
名称・所在地
代表者の氏名

連絡先 担当者氏名：()
電話番号：()

地方厚生（支）局長 殿

改 正 前

参考様式 2

参考様式 2

訪問看護事業の休止・廃止・再開届

指 定 訪 問 看 護 事 業 者	名 称	
	所在地	
訪 問 看 護 ス テ ー ジ ョ ン	名 称	
	所在地	
届 け 出 の 事 由	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開	
休 止 ・ 廃 止 理 由		
休止・廃止・再開年月日	年 月 日	
休止の場合その予定期間	年 月 日まで (月間)	
休止・廃止の場合、利用者に対してとった措置等		

上記のとおり変更の届け出をします。

年 月 日

指定訪問看護事業者の
名称・所在地
代表者の氏名

印

連絡先 担当者氏名：()
電話番号：()

地方厚生（支）局長 殿