

生活保護法  
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

## 医療機関 変更届書

次のとおり届け出ます。

医療機関	フリガナ						医療機関コード					
	名称						4	0				
	所在地	〒  電話 - -										
変更事項												
管理者変更事項※	旧	(フリガナ) (氏名) (生年月日) 年 月 日 (住所) 〒										
	新	(フリガナ) (氏名) (生年月日) 年 月 日 (住所) 〒										
その他変更事項	旧											
	新											
変更年月日		年 月 日										

年 月 日

豊中市長様

住所

届出者

氏名

※注) 管理者変更の場合は、「誓約書」もご提出ください。

## 裏 面

### 注 意 事 項

1. この書類は、豊中市長あてに豊中市福祉事務所へ提出してください。
2. この書類は、指定医療機関の届出事項に変更があった場合、提出してください。

### 記 載 要 領

1. 「名称」は略省等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受けた名称を記載してください。
2. 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
3. 「変更事項」は、管理者の変更、事業所名称の変更、開設者所在地の変更等の変更事項を記載してください。
4. 管理者が変更した場合は、「管理者変更事項」欄に新旧の管理者の氏名、フリガナ、生年月日、居住地を記載してください。

なお、管理者が変更した場合は、「生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までに該当しない旨の誓約書」も提出してください。

その他の変更については、「その他変更事項」欄に新旧の内容を記載してください。

5. 「届出者」が法人の場合は、法人名、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。個人の場合は、個人名、居住地を記載してください。