**生活保護法指定医療機関　変更届出書**

　　　年　　月　　日

（あて先）

川越市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）

　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者 　　　　　　電話（　　　　）　　　－　　　　　）

生活保護法及び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に規定される指定医療機関について、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 |  | 　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 名称 | （フリガナ） |
|  |
| 住所 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | ※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 | 　 年　　月　　日 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 |
|  |
| 住所 | 〒 |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 |  　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 |
|  |
| 住所 | 〒 |
| その他 | 変更前 |  | 　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |

**※変更前、変更後の欄は変更した項目のみ記入してください。**

注意事項

１　この届出書は、川越市役所生活福祉課へ提出してください。

２　この届出書は、申請した事項に変更があったときから10日以内に提出してください。

記載要領

１　届出内容は太枠線内に記入してください。

２　「医療機関コード」、「医療機関名称」及び「医療機関所在地」欄は必ず記入してください。「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当がある項目に記入してください。

３　「医療機関コード」欄は、関東信越厚生局から払出された７ケタのコードを記入してください。

４　「医療機関名称」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。

５　「名称」欄は、医療機関名称に変更があった場合に記入してください。

６　「開設者」欄は、次の変更があった時に記入してください。

・　法人開設の場合、法人名称、主たる事務所の所在地に変更があったとき

・　個人開設の場合、開設者の氏名、住所に変更があったとき

７　「管理者」欄は、管理者が交代した場合又は管理者の氏名、住所に変更があったときに記入してください。

８　「届出者（開設者）」が法人の場合には、法人名及び主たる事務所の所在地を記入し、法人代表者印を押印してください。

９　「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。

１０　医療機関コードが変更された場合は、指定申請書、廃止届出書が必要となります。

**生活保護法指定医療機関　変更届出書**

**記入例**

　　　●●年●●月●●日

（あて先）

川越市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）

　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒３５０－８６０１

　　　　 　　　　　　　　　　　　　　川越市元町１－３－１

氏名　医療法人　川越会　理事長　川越太郎

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者　川越　花子　　電話（049）●●●－●●●●　　）

生活保護法及び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に規定される指定医療機関について、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 川越クリニック | 医療機関コード | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 | 医療機関コードが変更になった場合は、指定申請書、廃止届の提出が必要です。（変更届での変更はできません。） | 　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 名称 | （フリガナ） |
|  |
| 住所変更になった項目のみ記入してください。 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | ※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所変更後の郵便番号は必ず記入してください。 | 川越市元町○－○－○　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ） | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 |
|  |
| 住所 | 〒350-○○○○川越市○○町○－○－○ |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 | 川越　太郎 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 川越市○○町○－○－○ |
| 変更後 | 氏名 | （フリガナ）カワゴエ　ハナコ | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　 年 月 日 |
| 川越　花子 |
| 住所 | 〒350-○○○○川越市○○町○－○－○ |
| その他 | 変更前 |  | 　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |

**※変更前、変更後の欄は変更した項目のみ記入してください。**

注意事項

１　この届出書は、川越市役所生活福祉課へ提出してください。

２　この届出書は、申請した事項に変更があったときから10日以内に提出してください。

記載要領

１　届出内容は太枠線内に記入してください。

２　「医療機関コード」、「医療機関名称」及び「医療機関所在地」欄は必ず記入してください。「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当がある項目に記入してください。

３　「医療機関コード」欄は、関東信越厚生局から払出された７ケタのコードを記入してください。

４　「医療機関名称」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。

５　「名称」欄は、医療機関名称に変更があった場合に記入してください。

６　「開設者」欄は、次の変更があった時に記入してください。

・　法人開設の場合、法人名称、主たる事務所の所在地に変更があったとき

・　個人開設の場合、開設者の氏名、住所に変更があったとき

７　「管理者」欄は、管理者が交代した場合又は管理者の氏名、住所に変更があったときに記入してください。

８　「届出者（開設者）」が法人の場合には、法人名及び主たる事務所の所在地を記入し、法人代表者印を押印してください。

９　「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。

１０　医療機関コードが変更された場合は、指定申請書、廃止届出書が必要となります。