

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定 ※ (医療機関  
介護機関  
助産師  
施術者) ※ (名称  
所在地  
その他) 変更届書

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定医療 機関等	指 定 番 号	
	保 険 医 療 機 関 番 号	
	介 護 保 険 事 業 所 番 号	
	名 称 ( 氏 名 )	
	所 在 地 ( 住 所 )	
変 更 事 項 ( 管 理 者 の 変 更 )	変 更 事 項	名称 ・ 所在地 ・ その他 ( 管 理 者 )
	旧	住所 氏名 生年月日
	新	住所 氏名 生年月日
変 更 年 月 日	年 月 日	
委 託 患 者 の 措 置 状 況		

令和 年 月 日

明石市長 様

〒 -

届出者 住所 TEL ( ) -  
氏 名

## 注 意 事 項

1. この書類は、明石市長あてに、所在地を管轄する明石福祉事務所へ提出してください。
2. 各書類は、速やかに提出してください。  
指定を辞退しようとする場合に提出する辞退届については、辞退する日の 30 日前までに提出ください。

## 記 載 要 領

1. 病院、診療所又は薬局が届け出の場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出の場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産所又は施術所を開設している助産師又は施術者が届け出の場合には、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。
2. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設又は介護医療院が届け出の場合には、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の場合には、その事業の種類及びその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の場合には、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。
3. ※印のところは、不要のものを――で消してください。
4. 指定医療機関等の「指定番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
5. 指定医療機関等の「保険医療機関番号」と「介護事業者番号」欄には、指定医療機関は「保険医療機関番号」、指定介護機関は「介護保険事業者番号」を記載してください。指定除算機関及び指定施術機関は記載不要です。
6. 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
7. 「変更内容」の「変更事項」は名称又は所在地を変更する場合は該当のものを囲み、その他の事項を変更する場合はカッコ内に変更する事項を記載してください。
8. 「変更年月日」は変更した年月日を記載してください。
9. 「委託患者の措置状況」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。
10. 届出者欄は、指定医療機関及び指定介護機関の場合は開設者を記載してください。開設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、主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。