

# 生活保護法指定医療機関 変更届出書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

住所 (法人にあつては所在地)

生活保護法の指定番号又は  
健康保険法の指定番号

者

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の

届出の日付を記入

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定番号					
医療機関名称					
所在地 (住所)					
変更内容					変更年月日
名称	変更前				年 月 日
	変更後	(フリガナ)			
開設者	変更前	氏名	<small>法人の場合は法人名称</small>	生年月日	年 月 日
		住所	〒 -		
	変更後	氏名	<small>法人の場合は法人名称</small>	生年月日	年 月 日
		住所	〒 -		
管理者	変更前	氏名	<small>法人の場合は法人名称</small>	生年月日	年 月 日
		住所	〒 -		
	変更後	氏名	<small>法人の場合は法人名称</small>	生年月日	年 月 日
		住所	〒 -		
その他	変更前				年 月 日
	変更後				

この届出は、中国残留邦人等に対する支援給付の指定機関としての届出を兼ねます。  
記入にあたっては、裏面の注意事項。記載要領をお読みください。