

様式第2号

生活保護法指定 ※〔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	番 号				
	名 称				
	所 在 地	(〒 -)			
	連 絡 先	電話		担当者	
業務の種類		医科 ・ 歯科 ・ 薬局 ・ () 介護 (サービス名:)			
変更事項	旧				
	新				
変更年月日		年 月 日			

年 月 日

石 川 県 知 事 様

〒
住所
届出者
(開設者)
氏名

注) この届出は、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第14条第4項による指定医療機関の届出も兼ねています。

様式第 2 号

注意事項

- 1 この書類は、石川県健康福祉部厚生政策課又は最寄の福祉事務所へ変更した日から 10 日以内に提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等の名称（氏名）又は所在地（住所）に変更があったとき、所要事項を記載して提出してください。
- 3 貴機関等の変更事項については、石川県公報告示により公示されます。

記載要領

- 1 病院、診療所または薬局が届け出る場合には、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る場合には、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。助産師または施術者が届け出る場合には、その開設する助産所または施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院または介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者または介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類およびその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、介護予防支援事業者または特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する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「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「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可もしくは指定を受け、また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。
- 6 「業務の種類」の（ ）には、指定医療機関の場合の「訪問看護」、「介護予防訪問看護」、「あん摩」、「はり」等を記載してください。また、「業務の種類」の介護（ ）には、変更となる介護サービス名を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合は、法人名とともにその代表者の氏名および主たる事務所の所在地を記載してください。