

様式第2号

生 活 保 護 法
 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律等

指定 ※〔 医療機関 〕 ※〔 名称 〕
 〔 介護機関 〕 〔 所在地 〕 変更届書
 〔 助産師 〕 〔 その他 〕
 〔 施術者 〕

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	平成 年 月 日				

平成 年 月 日

福 井 県 知 事 様

〒
 住所
 届出者
 (開設者)
 氏名

⑩

様式第2号

注意事項

- 1 この書類は、県健康福祉部地域福祉課へ変更した日から10日以内に提出してください。
- 2 貴機関等の変更事項については、県報告示により告示されます。

記載要領

- 1 病院、診療所または薬局が届出する場合には、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出する場合には、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出する場合には、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、介護老人保健施設または介護療養型医療施設が届出する場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業所または介護予防事業所が届出する場合には、その事業所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、地域包括支援センターまたは特定介護予防福祉用具販売事業者が届出する場合には、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、医療機関コード、介護保険事業者コード等を記載してください。
- 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て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()の()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指名および主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。
- 8 その他、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律等の指定申請手続きについては、福井県庁のホームページの地域福祉課のページをご覧ください。

