

裏面の記載要領を確認の上、記載してください。

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

変更届出書

指 定 機 関 等	番 号		
	フリガナ		
	氏名又は名称		
	住 所 又は 所在地	〒	TEL
変 更 事 項	事 項	新	旧
	フリガナ		
	氏名又は 名称		
	住 所 又は 所在地	〒	〒
		TEL	TEL
	その他	変更事項:	
変 更 年 月 日			
委 託 措 置 者 状 況			

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

岡 山 市 長 様

住所 〒
届出者
(開設者) 氏名

※この届出書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に基づく変更の届出書を兼ねます。

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、所在地又は住所を所管する福祉事務所に提出してください。
- 2 この書類は、指定機関等の名称(氏名)又は所在地(住所)等に変更があったとき、10日以内に所要事項を記載して提出してください。
- 3 指定医療機関の保険医療機関番号(介護機関にあつては事業所番号)が変更となる場合には、旧医療(介護)機関の廃止届と、新医療(介護)機関の指定申請書を提出してください。

記載要領

- 1 ※印のところは、該当の項目に○をつけてください。
- 2 病院、診療所又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。
助産師又は施術者が届け出る場合には、個人の氏名及び住所のほか、その開設する助産所若しくは施術所又は勤務する助産所若しくは施術所の名称及び所在地についても記載してください。
- 3 介護老人保健施設又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。
居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合、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又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。
- 4 指定機関等の「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。
指定番号が不明の場合は、保険医療機関番号(薬局コード、訪問看護ステーション等コード)又は介護保険事業所番号等を記載してください。
助産師又は施術者が届け出る場合には、「業務の種類」を記載してください。
- 5 指定機関等の「名称」は、指定通知書によって通知した名称を記載してください。
- 6 「委託患者等の措置状況」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。
- 7 届出者(開設者)が個人の場合は、本人の氏名、住所を記載してください。届出者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記載例【医療機関・介護機関】

（内容を確認の上、記載してください。）

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

変更届出書

番号は生活保護法の指定番号を記載してください。
不明の場合は医療機関コード等を記載してください。
（医療機関コード等が変更となる場合には、別途申請等が必要となります。）

指 定 機 関 等	番 号	99999	
	フリガナ	イリョウホウジンオカモモカイ オカヤマモモタロウシンリョウジョ	
	氏名又は名称	医療法人岡桃会 岡山桃太郎診療所	
	住 所 又は 所在地	〒700-0914 岡山市 北区 鹿田町一丁目1-1 TEL 086-803-1215	
変 更 事 項	事 項	新	旧
	フリガナ	イリョウホウジンオカモモカイ オカヤマモモタロウ	
	氏名又は 名称	医療法人岡桃会 岡山桃太郎クリニック	同上
	住 所 又は 所在地	〒700-8554 岡山市 北区 大供一丁目1-1 TEL 086-803-1000	〒 同上
	その他	変更事項:	
変 更 年 月 日		令和6年7月1日	

名称・所在地は変更前のものを記載してください。

その他の変更事項がある場合には、変更となる項目を記入の上、変更内容を記載してください。
（例）開設者・管理者の変更

委
託
措
置
患
者
状
況

移転について説明済み。
通えない方は、他の医療機関への紹介を行う

※届出者（開設者）が個人の場合
届出者（開設者）本人の住所・氏名を
記載してください。

※届出者（開設者）が法人の場合
名称、代表者の職・氏名及び主たる事
務所の所在地を記載してください。

※押印は不要です

上記のとおり届け出ます。

令和6年7月1日

岡 山 市 長 様

住所 岡山市北区鹿田町一丁目1-1
届出者 (開設者) 氏名 医療法人岡桃会 理事長 岡山 桃太郎

※この届出書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に基づく変更の届出書を兼ねます。

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、所在地又は住所を所管する福祉事務所に提出してください。
- 2 この書類は、指定機関等の名称(氏名)又は所在地(住所)等に変更があったとき、10日以内に所要事項を記載して提出してください。
- 3 指定医療機関の保険医療機関番号(介護機関にあつては事業所番号)が変更となる場合には、旧医療(介護)機関の廃止届と、新医療(介護)機関の指定申請書を提出してください。

記載要領

- 1 ※印のところは、該当の項目に○をつけてください。
- 2 病院、診療所又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。
助産師又は施術者が届け出る場合には、個人の氏名及び住所のほか、その開設する助産所若しくは施術所又は勤務する助産所若しくは施術所の名称及び所在地についても記載してください。
- 3 介護老人保健施設又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。
居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合、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又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。
- 4 指定機関等の「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。
指定番号が不明の場合は、保険医療機関番号(薬局コード、訪問看護ステーション等コード)又は介護保険事業所番号等を記載してください。
助産師又は施術者が届け出る場合には、「業務の種類」を記載してください。
- 5 指定機関等の「名称」は、指定通知書によって通知した名称を記載してください。
- 6 「委託患者等の措置状況」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。
- 7 届出者(開設者)が個人の場合は、本人の氏名、住所を記載してください。届出者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記載例【助産師・施術者】

※領を確認の上、記載してください。

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

変更届出書

指 定 機 関 等	番 号	柔道整復	
	フリガナ	オカヤマ モモタロウ (オカヤマモモタロウチリョウイン)	
	氏名又は名称	岡山 桃太郎 (岡山桃太郎治療院)	
	住 所 又は 所在地	〒700-0914 (700-8544) 岡山市 北区 鹿田町一丁目1-1 (岡山市北区大供一丁目1-1) TEL 086-803-1215 (086-803-1000)	
変 更 事 項	事 項	新	旧
	フリガナ	同上 (ウジョウモモタロウチリョウイン)	同上
	氏名又は 名称	同上 (鳥城桃太郎治療院)	同上
	住 所 又は 所在地	〒 同上 (703-8236) 同上 (岡山市 中区 国富一丁目1-30) TEL 同上 (086-272-8228)	
	その他	変更事項: その他の変更事項がある場合には、 変更となる項目を記入の上、変更内 容を記載してください。	
変 更 年 月 日		令和6年7月1日	
委 託 措 置 患 者 状 況	移転について説明済み。 通えない方は、他の施術所への紹介を行った。		

番号は生活保護法の指定番号を記載してください。
不明の場合は「業務の種類」を記載してください。

氏名・住所は変更前のものを記載
してください。
マンション等にある場合、マン
ション等の名称、部屋番号まで記
載してください。

変更となった項目だけ記載してく
ださい。
助産師・施術者自身の氏名・住所
を先に、助産所又は施術所の名
称・所在地はその後ろに () で
記入してください。

上記のとおり届け出ます。

令和6年7月1日

岡 山 市 長 様

助産師・施術者個人の住所、氏名を記載して
ください。
(法人名等の記載はしないでください。)
※押印は不要です

住所 岡山市北区鹿田町一丁目1-1
届出者 (開設者) 氏名 医療法人岡桃会 理事長 岡山 桃太郎

※この届出書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に
基づく変更の届出書を兼ねます。

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、所在地又は住所を所管する福祉事務所に提出してください。
- 2 この書類は、指定機関等の名称(氏名)又は所在地(住所)等に変更があったとき、10日以内に所要事項を記載して提出してください。
- 3 指定医療機関の保険医療機関番号(介護機関にあつては事業所番号)が変更となる場合には、旧医療(介護)機関の廃止届と、新医療(介護)機関の指定申請書を提出してください。

記載要領

- 1 ※印のところは、該当の項目に○をつけてください。
- 2 病院、診療所又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。
助産師又は施術者が届け出る場合には、個人の氏名及び住所のほか、その開設する助産所若しくは施術所又は勤務する助産所若しくは施術所の名称及び所在地についても記載してください。
- 3 介護老人保健施設又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。
居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合、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又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。
- 4 指定機関等の「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。
指定番号が不明の場合は、保険医療機関番号(薬局コード、訪問看護ステーション等コード)又は介護保険事業所番号等を記載してください。
助産師又は施術者が届け出る場合には、「業務の種類」を記載してください。
- 5 指定機関等の「名称」は、指定通知書によって通知した名称を記載してください。
- 6 「委託患者等の措置状況」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。
- 7 届出者(開設者)が個人の場合は、本人の氏名、住所を記載してください。届出者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。