

(9 0 8)
様 式 第 4 号

生活保護法指定
※医療機関
介護機関
施術機関
助産機関
※名称
所在地
その他
変 更 届 書

指 定 機 関	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
変 更 事 項	旧	
	新	
変 更 年 月 日		年 月 日
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		

上 記 の と お り 変 更 し ま し た の で お 届 け し ま す 。

平成 年 月 日

山 梨 県 知 事

殿

上 記 開 設 者
住 所
氏 名

注 意 事 項

1. この書類は、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
2. この書類は、指定申請書の記載事項に変更があったとき所要事項を記載のうえ提出してください。

ただし、「廃止届書」を提出すべき場合がありますから注意してください。(これについての詳細は福祉事務所の担当職員にお聞きください。)

3. 生活保護法による委託患者等がいる場合で、その善後措置を必要とするときは、これにつき適切に配慮してください。

記 載 要 領

1. ※印のところは、不要のものを ———— で消してください。
2. 指定機関の「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。
3. 指定機関の「名称」は、略称等を用いることなく、指定申請の場合におけるような正式な名称を用いる必要があります。
4. 指定機関の「所在地」は、番地まで記載してください。
5. 変更事項の「旧」欄には従来届け出ていたことを、「新」欄にはそれが今回変更されたことを、それぞれ記載してください。
6. 「委託患者等の措置状況」は、既に行ったこと及び今から行おうとしていることを記載してください。
7. 開設者が法人の場合には、開設者名とともにその代表者の氏名及び住所を記載し、代表者印を捺印してください。

(9 0 8)
様式第 6 号

生活保護法指定
※医療機関
介護機関
施術機関
助産機関
※休止
廃止
届 書

指定機関	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
※ 休 止 廃 止 年 月 日		
※ 休 止 廃 止 の 理 由		
委託患者等の措置事前連絡		
休止の場合再開の見とおし		

上記のとおり※廃止(休止)しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

山梨県知事 殿

住所
上記開設者 氏 名

注 意 事 項

1. この書類は、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
2. この書類は、自然的原因により又は開設者の意志により医療機関等が休止され又は廃止された場合に提出してください。
3. 生活保護法による委託患者等がいる場合には、その善後措置につき適切に配慮してください。
4. 休止の場合には、再開後すみやかに再開届書を提出してください。

記 載 要 領

1. ※印のところは、不要のものを ———— で消してください。
2. 指定機関の「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。
3. 指定機関の「名称」は、略称等を用いることなく、指定申請の場合におけるような正式な名称を用いることが必要で、病院であるか診療所であるか判然としない名称の場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
4. 指定機関の「所在地」は、番地まで記載してください。
5. 「休止廃止年月日」は、自然的休止又は廃止の場合には、その休止、廃止の理由の発生した日を、また、開設者の意志により休廃止するときは、その日を記載してください。
6. 「委託患者等の措置事前連絡」は、既に行ったこと及び今から行おうとしていることを記載してください。
7. 「再開の見通し(休止の場合)」は、いつ頃再開することができるかについての開設者の意志を記載してください。
8. 開設者が法人の場合には、開設者名とともにその代表者の氏名及び住所を記載し、代表者印を捺印してください。