様式７

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日 |

　福井県知事　様

被爆者介護給付費公費負担請求内容変更届

　次のとおり変更したので届出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者  （開設者） | 所在地  及　び  名　称 | 〒　　　－  　   電話　　　　－　　　　－ | |
| 変更年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 変更区分 | 変　　　　更　　　　前 | | 変　　　　更　　　　後 |
| １ 開設者の  　 名　　称 |  | |  |
| ２ 開設者の  所 在 地 | 〒　　　－  電話　 － 　－ | | 〒　　　－  電話　 － 　－ |
| ３ 事業所の  名　　称 |  | |  |
| ４ 事業所の  所 在 地 | 〒　　　－  電話　 － 　－ | | 〒　　　－  電話　 － 　－ |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 注１）　「変更後」欄は、変更となった区分  　　　のみ記載してください。  ２）　開設者が変更となる場合で事業所番号  　 　　も変更となる場合や、公費負担請求を  　 　　行う事業を追加する場合には、新たに  　 　　「被爆者介護給付費公費負担請求届」  　 　　（様式７）を提出してください。 | 保健所等受付印 |
|  |