

## 指定申請内容変更届

年　月　日

長崎県後期高齢者医療広域連合長　様

施術担当者　住　所

氏　名

印

下記のとおり、指定申請内容に変更が生じましたので、長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則第14条の規定により、関係書類を添えてお届けします。

指 定 番 号		長広指定第　号			
施 術 者	住 所	新	長崎県	市・郡	町
		旧	長崎県	市・郡	町
	氏 名	新			
		旧			
	電話 番号	新	( )		
		旧	( )		
施 術 所	所 在 地	新	長崎県	市・郡	町
		旧	長崎県	市・郡	町
	名 称	新			
		旧			
	電話 番号	新	( )		
		旧	( )		
振込先		金融機関	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
振込先	新		普通 当座		
	旧		普通 当座		