

公害医療機関の変更届

公害医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--

	事 項	変 更 前 (すべての事項を記入すること)	変 更 後 (変更する事項のみ記入すること)	変更年月日
医 療 機 関	フリガナ			平成・令和 年 月 日
	医療機関名			
	フリガナ	〒 -	〒 -	平成・令和 年 月 日
	所在地			
	電話番号			

※病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション等

請 求 者	フリガナ			平成・令和 年 月 日	
	請求者名				
	フリガナ	〒 -	〒 -	平成・令和 年 月 日	
	所在地				
	電話番号	() -	() -		
	フリガナ			平成・令和 年 月 日	
	請求代表者				
	振 込 口 座	フリガナ			平成・令和 年 月 日
		金融機関名			
		フリガナ	店番号	店番号	
支 店					
預金種目		1. 普通 2. 当 座 3. 別 段	1. 普通 2. 当 座 3. 別 段		
口座番号					
フリガナ					
口座名義					

※医療機関と請求者が同一の場合もご記入ください。

上記のとおり変更します。
令和 年 月 日
(提出先) 大阪市長

請求者の所在地、名称、代表者氏名