

平成 年 月 日

(宛先) 子育て助成課

開設者 住所

氏名

印

医療機関名称等の変更について(通知)

標記のことについて、次のとおり通知いたします。

	旧	新
医療機関名称		
医療機関コード		
医療機関所在地	〒 (TEL -)	〒 (TEL -)
代表者氏名		
取扱金融機関	金融機関名	
	支店名	
	(カタカナ) 口座名義人	
	口座番号	(普通・当座) No.
変更年月日	平成 年 月 日	