障観乳子医療費助成制度の

受領委任の取扱いに係る承認事項 廃止 届

7V /2 = 7 U	フリガナ
登録記号 晋 号	契13 — — 号 氏名
住 所	〒
電話番号	Tel ()
施術所	フリガナ
	名 称
	〒
	所在地
	電話番号
	Thu ()
変更 享 項 (該当する 項目にO をつける)	施術所の名称・所在地(郵便番号)・電話番号 施術所の廃止
	施術管理者氏名 開設者の氏名・住所 療養豪等振込先
	入会(名称)・退会(名称)
	その他()
変更前	
変更後	
发 更 俊	
変更年月日	平成 年 月 日

※療養賽等振込先を変更する場合は、口座名義のフリガナを必ずふってください。

東京都知事 殿