第１号様式（第２条関係）

　　　年　　月　　日

　　　甲府市長　様

 　　 　　 　 　　〒

 　　　　　　 住所

 開設者　　 氏名又は名称 　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療（育成医療・更生医療）の指定医療機関変更届出書（病院・診療所・薬局）

このことについて、次のとおり変更が生じたので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第６４条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 変更年月日 |  　　　　年　　月　　日 | 医療機関名 |  |
| 変更内容 | （　）病院、診療所又は薬局の名称及び所在地 |
| （　）開設者の住所、氏名又は名称、生年月日及び職名 |
| （ ）保険医療機関又は保険薬局である旨 |
| （　）標ぼうしている診療科名（担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものに限る。） |
| （　）指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴 |
| （　）指定自立支援医療又は調剤を行うために必要な設備の概要 |
| （　）診療所にあっては、患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員 |
| （　） その他 |
|  |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

　１　「変更内容」欄は、該当する箇所の（　）内に○印を記入すること。

　 　２ 「変更前」及び「変更後」欄は、「変更内容」欄に○印を記入した内容について記載すること。

　　　３　変更に伴う関係資料を添付すること。なお、直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。