

年 月 日

保健所長 様

開設者 住 所
氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

指定自立支援医療機関（精神通院医療）名称等変更届

指定自立支援医療機関の 変更しましたので、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、次のとおり届け出ます。

医 療 機 関 名							
代 表 者 氏 名							
所 在 地	〒						
電 話 番 号							
医療機関等コード							
変更等の内容							
変更年月日	年 月 日						

※ 1 下記書類を添付のこと。ただし直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）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。

(1) 病院又は診療所 : ①主として担当する医師の経歴（別紙 1）（医師免許の写しを添付）

(2) 薬局 : ①管理薬剤師の経歴書（別紙 2）（薬剤師免許の写しを添付）
②主に処方せんを受け付けている医療機関（2ヶ所以上）（別紙 3）

(3) 訪問看護事業者等 : ①従事する職員の定数（別紙 4）

2 所在地の変更等により医療機関コードが変更になった場合は、変更届ではなく、廃止届と新たな医療機関コードに係る医療機関の状況で新規に指定申請書を提出すること（更生医療・育成医療と取扱いが異なるため注意する）。