

様式第 3 号 (用紙 日本工業規格 A 4 縦型)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
（病院又は診療所・薬局・訪問看護事業者） ※いずれかを○で囲んでください。

保険医療機関	医療機関コード		
	ふ り が な 名 称		
変更事由 (該当項目 に○を記入 すること)	<共通> ・医療機関の名称 ・開設者の住所 ・医療機関の所在地 ・開設者の氏名又は名称 <病院・診療所> ・標ぼうしている診療科名 (自立支援医療の種類に関係があるものに限る。) ・主として担当する医師 <薬局> ・担当する薬剤師 <訪問看護事業者> ・職員の定数		
変更内容	変更前	変更後	
変更年月日	年 月 日		
変更理由			
上記のとおり、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（平成 17 年法律第 123 号）第 64 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏名又は名称 浜松市長			

(記入要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 主として担当する医師が変更になった場合は、様式第 1 号の 1（別紙 1）の経歴書及び医師免許証の写しを添付すること。
- 3 担当する薬剤師が変更になった場合は、様式 1 号の 2（別紙 1）の経歴書及び薬剤師免許証の写しを添付すること。