第４号様式

**指定自立支援医療機関変更届出書（精神通院医療）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等の名称及び所在地 | 名　称 |  |
|  | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 担当している医療の種類※（該当に○印） | 病院及び診療所　・　薬局　・　訪問看護事業者 |
| 変 更 事 由（該当に○印）　 | ① 医療機関の名称（共通）　　　　② 医療機関の所在地（共通）③ 開設者の住所（共通）　　　　　④ 開設者の氏名又は名称（共通）~~⑤ 標榜している診療科目（病院＊） ⑥ 担当しようとする医療の種類（病院＊）~~⑦ 担当する医師（病院）　　　　　⑧ 担当する薬剤師（薬局）~~⑨ 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要（病院＊）~~~~⑩ 自立支援医療を行うための入院設備の定員（病院＊）~~~~⑪ 調剤のために必要な設備及び施設の概要（薬局＊）~~　　⑫ 職員の定数（訪問）（共通）：全てに共通　（病院）：病院及び診療所のみ　（薬局）：薬局のみ　（訪問）：訪問看護のみ＊：育成・更生医療のみで、精神通院医療は除く＊：育成・更生医療のみで、精神通院医療は除く |
| 変 更 内 容変更事由番号:（　　　　） | 新 |  | 〔変更日〕 　　年　 月　 日 |
| 旧 |  |
| 変 更 内 容変更事由番号:（　　　　） | 新 |  | 〔変更日〕 　　年　 月　 日 |
| 旧 |  |
| 変 更 内 容変更事由番号:（　　　　） | 新 |  | 〔変更日〕 　　年　 月　 日 |
| 旧 |  |
| 　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５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として変更されたいので届け出ます。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　開　 設 　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　横　浜　市　長 |

※　育成医療及び更生医療の指定を受けている医療機関は、所管部署（健康福祉局医療援助課）に、別に所定の様式により変更の届出をすること。