

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				
変更内容 変更事由番号: ()	新				[変更日]
	旧				年 月 日
変更内容 変更事由番号: ()	新				[変更日]
	旧				年 月 日
変更内容 変更事由番号: ()	新				[変更日]
	旧				年 月 日
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 印					

※ 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。