様式１６

指定自立支援医療機関変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更等の区分 | | | | | 新 | | 旧 | |
| □ | 医療機関 | 名称 | | |  | |  | |
| □ | 所在地 | | | 〒　　-　　　℡(　　　)　 　- | |  | |
| □ | 開設者 | 住所 | | | 〒　　-　　　℡(　　　)　 　- | |  | |
| □ | 氏名又は名称 | | |  | |  | |
| □ | 生年月日 | | 職名 |  |  |  |  |
| □ | 標ぼうしている診療科名 | | | |  | |  | |
|  | 担当している医療の種類 | | | |  | |  | |
| □ | 主として担当する医師、歯医師又は薬剤師 | | 氏名 | |  | |  | |
| 経歴 | | 別紙様式３ （薬局の場合別紙様式１４） | |  | |
| □ | 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | | | | 別紙様式４ (訪問看護ステーション等の場合様式１２　別紙) | |  | |
| □ | 調剤のために必要な  設備及び施設の概要 | | | | 別紙様式１５ | |  | |
|  |
| □ | 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | | | | 人 | | 人 | |
| 変　更　年　月　日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 備　　考 | | | | |  | | | |
| 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第６４条の規定により変更がありましたので届出します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　（あて先）一 宮 市 長  　　　　　　　　　　　　　　 開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 | | | | | | | | |

* 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替える。
* 変更箇所は左のチェック欄にチェックを打つこと。