様式第11号

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書**

**（病院又は診療所）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 変更前 | 変更後 |
| １　医療機関名称及び所在地  郵便番号  電話番号 | | 〒　　　　－  〔電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | 〒　　　　－  〔電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| ２  開  設  者 | 住所 |  |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| ３　医療機関コード | |  |  |
| ４　標榜している診療科目（担当する自立支援医療の種類に関係するもの） | |  |  |
| ５　担当しようとする自立支援医療の種類 | |  |  |
| ６　主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴  （付表1） | | 正 | 正 |
| 副 | 副 |
| ７　自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 | |  | （付表２） |
| ８　自立支援医療を行うための入院設備の有無及びその定員 | |  |  |
| 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け出ます。  　年　　　　月　　　　日  　福岡市長 様  開　　設　　者  住　　　　　所  氏名又は名称 | | | |

※ 変更部分について記載すること。また変更部分を説明する書類を添付すること。

**※ １及び５の欄は、変更がない場合でも 変更前の欄に記入すること。**