第30号様式（その１）（第29条関係）

指定自立支援医療機関（育成・更生）変更届出書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 保険医療機関 | 名　　称 | 医療機関等コード(　　　　　　) | 医療機関等コード(　　　　　　) |
| 所在地 |  |  |
| 開設者 | 住　　所 |  |  |
| 氏名又は名　　称 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職　　名 |  |  |
| 標榜している診療科目 |  |  |
| 主として担当する医師又は歯科医師の氏名 |  | 変更年月日(　　　　　　　　　) |
| 主として担当する医師又は歯科医師の経歴 | 別紙１ |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | 人　 | 人　 |
| 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 | 別紙２ |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | 別紙10 |
| 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条の規定による指定内容の変更があったので届け出ます。　　　　　年　　月　　日開設者　住　所（主たる事務所の所在地）氏　名（名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（あて先）八戸市長 |

備考　変更前の欄は、全ての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。　　　　　　　　　　　（Ａ４）