様式第22号の10（第27条の４関係）

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）

（保険医療機関コード　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機　　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目 |  |
| 担当する自立支援医療の種類 |  |
| 主として担当する医師又は歯科医師 | 氏　　名 |  | 略歴 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |
| 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 |  |
| 診療所にあっては収容施設の有無及び収容定員 | 有（　　　人）・無 |
| 変更の内容 |  |
| 変更年月日 |  |
| 上記のとおり，指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）について変更が生じたので，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条の規定に基づき届け出ます。水戸市長　様　　　　年　　月　　日医療機関の開設者住所（所在地）氏名（名称及び代表者の氏名） |