様式２－（１）

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 | * 名　　　称
 | 　 |
| * 所　在　地
 | 　〒　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者 | * 住所
 | 〒　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） |
| * 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、経歴 | （別紙１） | 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） |
| * 自立支援医療を行うための

入院設備の定員 |  　 　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 変更年月日 | 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出を行う。　　　　　　年　　月　　日 　開　 設　 者 住　 所 氏名又は名称　 　　　  　 佐賀県知事　　　様 |

※　変更が生じている事項については、「　□　」にチェック（✅）を入れてください。

※　直近の指定の申請（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。