

様式第49号（第23条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届  
（病院又は診療所）

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		
担当しようとする医療の種類					
変更事項 （該当するものに☑を付けてください） <input type="checkbox"/> 保険医療機関の名称・所在地 <input type="checkbox"/> 開設者の氏名等 <input type="checkbox"/> 標ぼうしている診療科名 <input type="checkbox"/> 主として担当する医師又は歯科医師の氏名 （別紙1などの提出が必要です） <input type="checkbox"/> 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の提出が必要です）		旧			
		新			
変 更 年 月 日		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
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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として変更を申し出る。 また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。 年 月 日 開設者 住所 氏名又は名称 本件責任者及び担当者 氏名 連絡先 （宛先）姫 路 市 長					

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち指定を希望しない医療部分を二重線で消すこと。

※ 申請者が個人の場合は本人確認書類を提示すること。

※ 前回の申請時から変更がない項目については、別紙の添付は不要です。