

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届

※太枠内は必ず記入すること。

医療機関名	あいち薬局	医療機関番号	1234567
変更理由	〇〇のため	提出日	〇年〇月〇日
変更区分 ※変更項目にチェック		変更前	変更後
医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 名称	あいちせいしん薬局	あいち薬局
	<input checked="" type="checkbox"/> 所在地	〒〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町〇〇番地	〒〇〇〇〇〇〇 愛知県〇〇市△△町△番地
	<input type="checkbox"/> 電話番号		
	<input type="checkbox"/> 住所		
開設者 (法人の場合は法人の名称及び法人所在地を記載)	<input type="checkbox"/> 氏名又は名称		
	<input type="checkbox"/> 生年月日 (開設者が個人の場合のみ)		
標榜している診療科(病院・診療所のみ)	<input type="checkbox"/>		
主として担当する医師又は薬剤師	<input checked="" type="checkbox"/>		添付資料を添付し提出すること。 様式1-(2)、医師免許証(写) 様式2-(2)
従事する職員の定数(訪問看護のみ)	<input type="checkbox"/>		添付資料を添付し提出すること。 様式3-(3)
<p>上記のとおり変更がありましたので、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条の規定により届出ます。</p> <p>愛知県知事殿</p> <p>医療機関の開設者 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地 名称 株式会社あいち 開設者(代表者) 代表取締役 愛知 太郎</p> <p>令和〇年〇月〇日</p>			

この太枠内はすべて記入してください。
「医療機関名」は正式名称を記入してください。

変更する項目にチェックを入れ、
変更前、変更後の内容を記入してください。

※事業譲渡等、医療機関番号の変更を伴う開設者変更は変更届では受け付けできません。必ず新規指定申請書及び廃止届を提出してください。

※特に医療機関等の名称変更等、受給者に影響のある項目は変更が分かり次第速やかに提出してください。

※ここに記載のない項目は変更届の提出は不要です。

医師又は薬剤師を変更する場合及び職員数を変更する場合(訪看のみ)は、添付資料へ変更後の内容を記載し、変更届と一緒に提出してください。

届出日を記入してください。

備考 1 医療機関の名称変更の場合は、必ず正式名称を記載すること。
2 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。その場合「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。

添付書類

- 主として担当する医師の変更の場合は、主として担当する医師の経歴書(様式1-(2))及び医師免許証の写しを添付すること。
- 主として担当する薬剤師の変更の場合は、主として担当する薬剤師の経歴書(様式2-(2))を添付すること。
- 訪問看護ステーション等において訪問看護若しくは老人訪問看護又は居宅サービス若しくは介護予防サービスに従事する職員の定数を変更する場合は、様式3-(2)を添付すること。