

第22号様式（第8条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
※ 以下は、変更があった事項のみ記入及び別紙添付してください。		
保険医療機関	名 称	(新)
		(旧)
	所 在 地	(新) 〒
		(旧) 〒
開 設 者	住 所	(新) 〒
		(旧) 〒
	氏 名 又 は 名 称	(新)
		(旧)
	職 名	(新)
		(旧)
生 年 月 日	(新)	
	(旧)	
標ぼうしている診療科名※		(新)
		(旧)
主として担当する医師の経歴		(別紙)
変更年月日（変更事項ごとに記入）		年 月 日
<p>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第64条の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>岐 阜 県 知 事 様</p>		

備考

- 「主として担当する医師の経歴」に関して変更がある場合は、第10号様式における（別紙）を添付すること。
- 標ぼうしている診療科名が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科名のみで差し支えないこととする。