変更届出書　記入要領

**１．以下の項目に変更があった場合は、速やかに届出を行うこと。**

「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施行規則第６１条に定める事由」

（１）開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称

（２）保険医療機関（医療機関の名称、住所（所在地）等）

（３）標ぼうしている診療科名（担当している自立支援医療機関の種類に関係があるものに限る）

（４）指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名、生年月日、住所及び経歴

（５）指定自立支援医療（育成医療又は更生医療に限る）を行うために必要な設備の概要

（６）診療所（育成医療又は更生医療を行うものに限る）にあっては、患者を収容する施設の有無

及び有するときはその収容定員

（７）調剤を担当している管理薬剤師

（８）調剤を行うため（育成医療又は更生医療に限る）の設備及び施設の概要

（９）その他必要な事項

**２．以下の項目については、添付書類が必要となる。**

・（５）（６）　…　自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要（変更後のもの）

・（８）　…　調剤を行うための設備及び施設の概要及び見取図（変更後のもの）

※（２）（４）（７）については、指定申請に準じた書類一式が必要となるので、注意すること。

**３．その他**

● 医療機関コードが変更となる場合

原則として、「廃止届」を提出のうえ、指定申請を行うことになる。

● 主として担当する医師、歯科医師又は薬剤師が変更となる場合

　原則として、指定申請に準じた書類一式が必要となる。医師又は歯科医師の変更の場合は、大分市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査会に諮問をする必要があります。

【お問い合わせ先】

〒870-8544 大分市荷揚町２番３１号

大分市役所 障害福祉課 医療・手当給付担当班

連絡先： 097-537-5786（直通）

F A X ： 097-537-1411

指定自立支援医療機関変更届出書

年　　月　　日

大分市長　　　　　殿

指定医療機関の開設者

住所（所在地）

氏名（名　称）

　指定自立支援医療機関指定申請書の記載事項に変更があったので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 | 名　　　　称 |  |
| 所　 在　 地 |  |
| 開 設 者 | 住　　　　所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 担当している自立支援医療の種類 | １．育成医療　　　　２．更生医療 |
| 変 更 事 項 | 変 更 前 |  |
| 変 更 後 |  |
| 変 更 年 月 日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |