第１５号様式

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |
| 変更する内容 | |  | | |
| 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、指定を受けた事項を変更したいので、上記のとおり届け出ます。  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します。  年　　月　　日  　船橋市長　あて  住所  医療機関の開設者  氏名又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名） | | | | |