

指定を受けている医療に
○をつけてください。

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	医療法人〇〇 〇〇〇病院		
	所在地	船橋市湊町〇ー〇ー〇		
開設者	住所	千葉県〇〇市〇〇町〇ー〇		
	氏名又は名称	医療法人〇〇 理事長 〇〇 〇〇		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	職名	理事長
担当しようとする医療の種類		〇〇に関する医療		
変更する内容		主として担当する医師の変更 変更前 〇△ 〇△ 変更後 〇× 〇×		
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。 平成〇〇年 〇月 〇日 船橋市長 あて 住所 千葉県〇〇市〇〇町〇ー〇 医療機関の開設者 氏名又は名称 医療法人〇〇 理事長 〇〇 〇〇 印 理事長 （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）				