

様式 5

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）変更届（医療機関）

変更等の区分		新	旧
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		
標榜している診療科名			
主として担当する 医師または歯科医 師	氏名		
	経歴	様式 2	
自立支援医療を行うために 必要な設備及び体制の概要		様式 3	
自立支援医療を行うための 収容設備の定員		人	
変更年月日		年	月 日
<p>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（平成 17 年法律第 123 号）第 6 4 条の規定により変更がありましたので届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>（宛先）岡 崎 市 長</p> <p>開 設 者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>担当者名 担当者連絡先 （ ） ー</p>			