様式８

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出事由 | １ 休止　　２ 廃止　　３ 再開 | |  |
| 届出事由の発生日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |  |
| 休止予定期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 変更内容 | 旧 | 新 |
| 医療機関の名称および所在地 |  |  |
| 開設者の住所および  氏名又は名称 |  |  |
| 標榜している診療科目 |  |  |
| 主たる担当医師又は歯科医師、薬剤師の氏名 |  |  |
| 設備および設備概要 |  |  |
| 収容施設の有無および  その定員 |  |  |  |
|  |
| 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（平成１７年  法律第１２３号）第６４条の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として | | |  |
| 変更されたく申請する。 | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| 令和　　年　　　月　　　日 | | |  |
|  | | |  |
| 開　設　者 | | |  |
| 住　　　　所 | | |  |
| 職名及び氏名  　　　　　　　　　　　法人にあっては名称、  代表者の職名及び氏名 | | |  |
|  | | |  |
| 熊　本　市　長　　様 | | |  |