

**「変更事項」以外は【指定申請書】の記載例と同様に記載**

別紙様式2-(1)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書  
（病院又は診療所）

|  |   |                 |     |  |
|--|---|-----------------|-----|--|
| 保険医療機関   | 名 称   | [医療機関コード（7桁）： ] |     |  |
|  | 所 在 地   | (〒 - )          |     |  |
| 開 設 者  | 住 所   |                 |     |  |
|  | 氏 名 又 は 名 称   |                 |     |  |
|  | 生 年 月 日   |                 | 職 名 |  |
| 変 更 事 項  | 変更後： 県庁 太郎（主担当医師）<br>（変更前： 県庁 花子 ）<br>[変更日： ○○○○年○月○日 ] |                 |     |  |
| 標ぼうしている診療科目 ※1   |   |                 |     |  |
| 主として担当する医師の経歴 ※2   | (別紙)  |                 |     |  |
| 上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、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条の規定により届け出ます。<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     年 月 日<br/><br/>                     栃木県知事 様                 </div> <div style="width: 60%; text-align: right;">                     開設者<br/>                     住 所<br/>                     氏名又は名称                 </div> </div> |   |                 |     |  |

変更内容

変更箇所

- ※1 標ぼうしている診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- ※2 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更がない事項については、当該事項にかかる添付書類を省略することができる。