様式１７

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
| 保険医療機関の指定年月日等 | | 医療機関  番　　号 | |  | 指　定  期間始 | 年　　月　　日 | |
| 標ぼうしている診療科名 | |  | | | | | |
| 担当しようとする医療の種類 | |  | | | | | |
| 主として担当する医師  又は歯科医師の氏名 | |  | | | | | |
| 主として担当する医師又は  歯科医師の経歴 | |  | 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の変更の有無 | | | | 有・無 |
| 自立支援医療を行うための  入院設備の定員 | | 人 | | | | | |
| 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第６０条第１項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。  　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する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　（あて先）一 宮 市 長  　　　　　　　　　　　　　　 開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 | | | | | | | |

※　育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、２箇所の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※　直近の指定申請(変更届を含む)から変更があった場合は、変更届を提出すること。