様式１

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

（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 |  別紙 様式３ | 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | 別紙様式４ |
| 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５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたく申請する。　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。