**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書**

**（病院又は診療所）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 電話番号  医療機関コード |  | | | 担当者名 |  | |
| 医療機関コード |  | | | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | |
| 標榜している診療科目 | |  | | | | | |
| 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  歯科医師の経歴 | | （別紙１） | | 自立支援医療を行うために  必要な体制及び設備の概要 | | | （別紙２） |
| 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（平成１７年法律第１２３号）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（変更）されたく申請する。  　　　　年　　月　　日  開　　設　　者  住　 所  氏名又は名称  　 大分県知事　　殿 | | | | | | | |

※　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（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。