

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)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
	連絡先電話番号 及び連絡先電子 メールアドレス	@		
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 又は歯科医師の氏名		自立支援医療を行うために必要 な体制及び設備の変更の有無	有 ・ 無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 電 話 番 号</p> <p style="text-align: right;">(あて先)千葉市長</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				

※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※2 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、別紙を添付すること。

(別紙)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				