

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住 所

氏 名 ㊟

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)
並びに名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関指定申請書 (病院又は診療所)

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 5 9 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) として指定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同条第 3 項において準用する同法第 3 6 条第 3 項各号 (第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。) のいずれにも該当しないことを誓約します。

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	(電話番号)		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
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、 生年月日、住所及び経歴				
自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の概要				
自立支援医療を行うための 入 院 設 備 の 定 員				

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を申請する場合は、この様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を申請しない医療の字句を二重線で消去してください。
- 2 申請者が個人の場合にあつては、記名押印に代えて署名することができます。

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 高松市長

申請者は開設者

申請者 住所 高松市番町一丁目8番15号
医療法人社団 〇〇会 〇〇病院
氏名 理事長 高松 さつき 印
(法人にあっては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関指定申請書 (病院又は診療所)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に **育成医療を申請しない場合、二線抹消**
よる指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同条第3項において準用する同法第36条第3項各号 (第1号から第3号まで及び第7号を除く。) のいずれにも該当しないことを誓約します。

保険医療機関	名称	医療法人社団 〇〇会 〇〇病院		
	所在地	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号 (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇		
開設者	住所	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号		
	氏名又は名称	医療法人社団 〇〇会 〇〇病院 理事長 高松 さつき		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職名	理事長
標ぼうしている診療科名	外科・整形外科 (担当しようとする医療に関係ある診療科のみ記載。)			
担当しようとする医療の種類	整形外科に関する医療			
主として担当する医師又は歯科医師の氏名、生年月日、住所及び経歴	〇〇 〇〇			
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	〇人 (診療所のみ)			

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を申請する場合は、この様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を申請しない医療の字句を二重線で消去してください。
- 2 申請者が個人の場合にあっては、記名押印に代えて署名することができます。