

年 月 日

(あて先)浜松市長

住 所

(所在地)

申請者

氏 名

(名称及び代表者氏名)

(署名又は記名押印をしてください。)

指定自立支援医療機関指定(変更)申請書(病院・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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の指定(変更)を受けたいので、次のとおり申請します。

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項を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険医療機関	名称	(医療機関番号)		
	所在地			
	担当者名		電話番号	
代表者 (開設者)	住所			
	氏名又は名称		生年 月日	年 月 日
	職名			
担当しようとする自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療			
標榜している診療科目 (担当する医療の種類に関係があるものに限る)				
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及び経歴	別紙1のとおり			
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のとおり			
自立支援医療を行うための入院設備の定員	人			