

第1号様式(第2条関係)

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

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	〒		
	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
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 必要な設備及び体制の概要	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			

※申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は担当者名

電話