**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 | 〒 | | | | | |
| 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 | | | | |
| 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。  　　　　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。

（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**

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