様式１

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定（追加）申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 保険医療機関の  指定年月日 | | 医療機関番号 |  | 指定  年月日 | 年　　月　　日 |
| 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 | | 氏名 |  | | |
| 経歴 | 様式２ | | |
| 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | | 様式３ | | | |
| 自立支援医療を行うための収容設備の定員 | | 人 | | | |
| 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５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  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号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。  年　　　月　　　日  （宛先）岡 崎 市 長  開　設　者  　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

※更生医療又は育成医療単独で指定を希望する場合は、２箇所の「（更生医療・育成医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線等で消去すること。

（記入要領）

１　「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載してください。

２　「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載してください。

　（ア）眼科に関する医療

　（イ）耳鼻咽喉科に関する医療

　（ウ）口腔に関する医療

　（エ）整形外科に関する医療

　（オ）形成外科に関する医療

　（カ）中枢神経に関する医療

　（キ）脳神経外科に関する医療

　（ク）心臓脈管外科に関する医療

　（ケ）心臓移植に関する医療

　（コ）腎臓に関する医療

　（サ）腎移植に関する医療

　（シ）小腸に関する医療

　（ス）免疫機能に関する医療

　（セ）歯科矯正に関する医療

　（ソ）肝臓移植に関する医療

３　「主として担当する医師または歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに記載してください。

４　「自立支援医療を行うための収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載してください。