

様式 2 2

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定更新申請書

保険医療 機関	名称				
	所在地				
	電話番号	() ー			
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			
自立支援医療を行うため の収容設備の定員		人		自立支援医療を行う ために必要な設備及 び体制の変更の有無	有・無
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 6 0 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します。 また、同法第 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 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 担当者名 担当者連絡先 () ー					

- ※ 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。
- ※ 「自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、様式 3 を添付すること。

(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。