様式第11号(第10条関係)

指定自立支援医療機関(病院又は診療所)指定申請書

年　　月　　日

　職　氏名　様

住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　印

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

　指定自立支援医療機関(病院又は診療所)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

　なお、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59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当しようとする自立支援医療の種類※1 | | 1　育成医療　　2　更生医療　　3　精神通院医療 | | |
| 保険医療機関 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 開設者 | 住所 |  | | |
| 氏名又は名称 |  | | |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 標ぼうしている診療科名※2 | |  | | |
| 担当しようとする医療の種類※3 | | 眼科　耳鼻いんこう科　口腔　整形外科　形成外科　中枢神経　脳神経外科　心臓脈管外科　心臓移植(心臓移植術・抗免疫療法)　じん臓　じん移植　小腸　肝臓移植(肝臓移植術・抗免疫療法)　歯科矯正　免疫 | | |
| 主として担当する医師又は歯科医師の氏名 | |  | | |
| 主として担当する医師又は歯科医師の経歴 | | 別紙のとおり | | |
| 指定自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要※4 | | 別紙のとおり | | |
| 患者を収容する施設の有無及びその収容定員※5 | |  | | |

注

　1　氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

　2　※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。

　3　※2の欄は、担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものについて記載すること。

　4　※3から※5までの欄は、育成医療又は更生医療の場合に記載すること。

　5　※3の欄は、該当するものに○を付けること。

　6　※5の欄は、申請者が診療所の開設者である場合に記載すること。

添付書類　福祉保健部長が別に定める書類