（１面）

様式第１号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書（病院又は診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 医療機関コード |  | | | | |
| 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 |  | |
| 標ぼうしている診療科名 | |  | | | | |
| 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，生  年月日，住所及び経歴 | | （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 | | | （別紙２） |
| 自立支援医療を行うための収容設備の定員 | | |  | | | |
| 呉市長　様  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。以下「障害者総合支援法」という。）第59条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）としての指定を受けるため，上記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項の規定により指定を受けることができない者のいずれにも該当しないことを誓約します。  年　　月　　日  開設者  住所  氏名又は名称 | | | | | | |

(注)１　育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は，「育成医療・更生医療」のうち，指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

　　２　保険医療機関の指定通知（写）を添付すること。

３ 担当する医師又は歯科医師の経歴書及び医師免許の写しを添付すること。

４ 腎臓に関する医療，小腸に関する医療及び心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は，それぞれ臨床実績等に関する証明書を添付すること。

　　５　設備概要等を添付すること。

　　６　申請書の記入については，２面も参考にすること。

（２面）

（記入要領）

１ 「保険医療機関」の名称は，正式名称を記載すること。

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すること。

　 　(1)眼科に関する医療 (10)心臓移植術後の抗免疫療法

　 (2)耳鼻咽喉科に関する医療 (11)腎臓に関する医療

　(3)口に関する医療 (12)腎移植に関する医療

　(4)整形外科に関する医療 (13)小腸に関する医療

　(5)形成外科に関する医療 (14)歯科矯正に関する医療

　(6)中枢神経に関する医療 (15)免疫に関する医療

　(7)脳神経外科に関する医療　　　　　　(16)肝臓移植に関する医療

　 　(8)心臓脈管外科に関する医療　　　　　(17)肝臓移植術後の抗免疫療法

　 　(9)心臓移植に関する医療

３ 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は，医療の種類ごとに記載すること。

４ 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は，医療の種類ごとに記載すること。