　（その１）

　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　　　－　　　－　　　　）  （E-mail ） | | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | 職　名 |  | |
| 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、障害者総合支援法第６０条第１項の規定により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、障害者総合支援法第５９条第３項において準用する障害者総合支援法第３６条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）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  （電話番号　　　　－　　　－　　　　）  　　群馬県知事　あて | | | | | | |

　備考

　　１　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」の

　　　うち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

　　２　「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」欄は、直近の指定の申請（変更届出を含

　　　む。）から変更があった場合には、別紙に記入してください。