

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新（変更）申請書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称	(医療機関コード)		
	所 在 地	(〒 —)	(電話番号)	
開 設 者	住 所	(〒 —)	(電話番号)	
	氏名又は名称			
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 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 ※有なら別紙	
自立支援医療を行うための収容設備の定員		人		
<p>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第 60 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）として指定の更新（変更）を受けたいので、申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>久留米市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: center;">〔 法人にあつては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名 〕</p>				

備考 育成医療又は更生医療のいずれか単独での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してください。

(記載要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、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。
 - (1) 眼科に関する医療
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓脈管外科に関する医療
 - (9) 心臓移植に関する医療
 - (10) 腎臓に関する医療
 - (11) 腎移植に関する医療
 - (12) 小腸に関する医療
 - (13) 歯科矯正に関する医療
 - (14) 免疫に関する医療
 - (15) 肝臓移植に関する医療
- 3 「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。
- 4 「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」において、直近の指定申請（変更申請も含む。）から変更があった場合は、それぞれ別紙を添付してください。

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
<p>設 備 (主要なもの)</p>				
<p>体 制</p>				