

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）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		
開 設 者	住 所	電話番号		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日	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 歯科医師の経歴	別紙第1 のとおり	自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の概要	別紙第2のとおり	
自立支援医療を行うための 入院設備の定員	人			
<p>（宛先）旭川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定（の変更）を受けたいので、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1項（旭川市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施行細則第21条第2項）の規定により、申請します。</p> <p>なお、申請に当たっては、同法第59条第3項において準用する同法第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。</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p>				

（注）指定の申請をする医療が、育成医療又は更生医療のいずれかであるときは、申請に係る医療を○で囲んでください。

別紙第1

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名，学位論文名又は 学 会 に 提 出 し た 論 文 名			

別紙第2

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
設 備 (主要なもの)				
体 制				