

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			
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 歯科医師の氏名					
自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の概要 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			
<p style="text-align: center;">（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）の指定の更新を受けたいので、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60条第1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）1 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。
- 2 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備」について、直近の指定等の申請（変更の届出をした場合にあつては、当該届出）後に変更があつたときは、変更の内容が分かるものを添付してください。