**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 | 〒 |
| 電話番号医療機関コード |  | 担当者名 |  |
| 医療機関コード |  |
|  開設者 |  住所 |  |
|  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又は歯科医師の経歴 | （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入院設備の定員 | 　　　　　　　　　　　　　　　人 |
|  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（平成１７年法律第１２３号）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）として指定（変更）されたく申請する。 　　　　年　　月　　日 開　　設　　者 住　 所 氏名又は名称  　 大分県知事　　殿 |

※　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すること。