

第四号様式（第四条第一号）

（その一 育成医療・更生医療用）

指定自立支援医療機関指定更新申請書（病院・診療所用）

年 月 日

千葉県知事 様

医療機関の開設者

住所又は所在地

氏名又は名称 ㊦

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項に規定する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、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

1 保険医療機関の名称及び所在地

名 称

所 在 地

電話番号

2 開設者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名

住所又は所在地

氏名又は名称

生年月日

職 名

3 標ぼうしている診療科名

4 担当しようとする医療の種類

5 主として担当する医師又は歯科医師の氏名

6 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の変更の有無 有 ・ 無

7 自立支援医療を行うための入院設備の定員 人

備考

- 1 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の変更がある場合は、別紙1を添付すること。