様式３－（１）

**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 |  | | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | 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  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 | | | |
| 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６０条第１項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。  　また、同法第５９条第３項で準用する同法第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する。  　　　　年　　月　　日  　開設者  住所  氏名又は名称  　（宛先）下関市長 | | | | | | |

（裏面）

※　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「（　育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※　「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」おいて、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

（記入要領）

１ 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

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すること。(1)眼科に関する医療 (9)心臓移植に関する医療

(2)耳鼻咽喉科に関する医療 (10)腎臓に関する医療

(3)口腔に関する医療 (11)腎移植に関する医療

(4)整形外科に関する医療 (12)小腸に関する医療

(5)形成外科に関する医療 (13)肝臓移植に関する医療

(6)中枢神経に関する医療 (14)歯科矯正に関する医療

(7)脳神経外科に関する医療 (15)免疫に関する医療

(8)心臓脈管外科に関する医療

３ 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに記載すること。

４ 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。

（別紙）

**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 |  | | | |