

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）

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。

保険医療機関	名称	〇〇クリニック (医療機関コード 76-543)	
	所在地	寝屋川市〇〇町二丁目〇〇番〇〇号 〒 572-1234 TEL 072 (0000) 0000	
開設者	法人の場合の記入例 医療法人〇〇 理事長 大阪太郎	大阪 太郎	
	氏名又は名称等	役職名：	生年月日：〇〇年〇月〇日
	住所	〇〇〇市△△△町三丁目2番12号 〒 540-1234 TEL 06 (0000) 0000	
標榜している診療科目		〇〇科	
担当しようとする医療の種類		□□に関する医療	

本町2-〇〇-〇〇のような省略した住所で記入しないで下さい。

法人の場合、主たる事務所の所在地を記入して下さい。

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第59条第1項の規定による医療機関（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 寝屋川市△△△町三丁目2番12号

氏名 大阪 太郎

（あて先） 寝屋川市長

中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。