（その１）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　　　称 |  | | | | |
| 所　　在　　地 | 〒　　　－  （電話番号　　　　－　　　－　　　）  （E-mail 　 　） | | | | |
| 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、障害者総合支援法第５９条第１項の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医  療）として指定されたく申請します。  また、障害者総合支援法第５９条第３項において準用する障害者総合支援法第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。  　　　　　　年　　月　　日  開設者  住　　　　所  氏名又は名称  （電話番号　　　　－　　　－　　　　）  　　　群馬県知事　あて | | | | | | |

備考

　　１　育成医療又は更生医療の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してください。

　　２　この申請書には、別紙１及び別紙２のほか、知事が別に定める様式による書類を添付してください。