様式第13号の2（その１）病院または診療所用（第11条の2関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・~~精神通院医療~~）指定更新申請書

（病院または診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 開設者 | 住所 | 〒 | | | | |
| 氏名または名称 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | 職名 |  | |
| ※１　標榜している診療科名 | |  | | | | |
| ※２　担当しようとする医療の種類 | |  | | | | |
| 主として担当する医師または歯科医師の氏名 | |  | ※３  自立支援医療を行うために必要な体制および設備の変更の有無 | | | 有　・　無 |
| ※４　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・~~精神通院医療~~）として指定の更新をしたいので申請します。  　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します。  　　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名または名称　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　（あて先）  　　　　 滋賀県知事 | | | | | | |

注１　育成医療、更生医療または精神通院医療のいずれかの指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療・精神通院医療）」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　※１欄は、自立支援医療に主に関係する診療科名を記入してください。

　３　※２および※３欄は、育成医療および更生医療の場合に記入してください。

　４　※４欄は、育成医療および更生医療を申請する診療所の場合に記入してください。

　５　「自立支援医療を行うために必要な体制および設備の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、別紙を添付してください。

（別紙）

自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品　　　　　　　　目 | 数　量 | 品　　　　　　　　目 | 数　量 |
| 設　　　　　備  （主要なもの） |  |  |  |  |
| 体　　　　　制 |  | | | |