様式第47号（第42条関係）

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（指定更新）

申請書

（病院・診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 医療機関ｺｰﾄﾞ |  | | | | |
| 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 | |  | | | | |
| 主として担当する医師又は歯科医師の生年月日、住所及び経歴 | | 別紙 | 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | | |  |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | | | 人 | | | |
| 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（第60条第１項）の規定による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（指定更新・変更）を受けたいので上記のとおり申請します。  　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  氏名又は名称  　（宛先）静岡市長 | | | | | | |

（注）

　１　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　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。

　３　精神通院医療の申請の場合は、「標榜している診療科目」は、精神通院医療に主に関係する診療科目のみを記載してください。

　４　「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してください（精神通院医療に係る申請の場合は、記入不要です。）。

　　（１）　眼科に関する医療

　　（２）　耳鼻咽喉科に関する医療

　　（３）　口腔に関する医療

　　（４）　整形外科に関する医療

　　（５）　形成外科に関する医療

　　（６）　中枢神経に関する医療

　　（７）　脳神経外科に関する医療

　　（８）　心臓脈管外科に関する医療

　　（９）　心臓移植に関する医療

　　（10）　腎臓に関する医療

　　（11）　腎移植に関する医療

　　（12）　小腸に関する医療

　　（13）　肝臓移植に関する医療

　　（14）　歯科矯正に関する医療

　　（15）　免疫に関する医療

　５　「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載してください。

　６　「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してください（精神通院医療に係る申請の場合は、記入不要です。）。

　７　指定更新の場合は、「自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要」は、変更があった場合のみ記入してください。（精神通院医療に係る申請の場合は、記入不要です。）。

　８　医師免許証の写しを添付してください。