

様式1-(1)

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)

医療機関	名称	医療法人〇〇会 〇〇病院		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号 TEL 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (医療機関コード 〇〇〇〇〇〇〇)		
開設者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号 TEL 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 理事長 大阪 太郎		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職名	理事長
標榜している診療科 (該当する診療科に○を記入してください)	・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・ 整形外科 ・泌尿器科 ・脳神経外科 ・内科 ・外科 ・呼吸器科 ・消化器科 ・歯科 ・ その他 (リハビリテーション科)			
担当をしようとする医療 (該当している種類に○を記入してください)	眼科 耳鼻咽喉科 口腔 整形外科 形成外科 中枢神経 脳神経外科 心臓脈管外科 心臓移植 腎臓 腎移植 小腸 肝臓移植 歯科矯正 免疫			
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名	(ふりがな) なにわ はなこ 浪速 花子	経歴 (別紙①)にご記入ください		
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)にご記入ください	自立支援医療を行うための 入院設備の定員	〇〇人	
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項の規定による指定自立支援医療機関として指定(変更)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(※誓約項目)のいずれにも該当しないことを誓約する。(役員含む) 令和〇年 〇月 〇日 開設者 医療法人〇〇会 住所 大阪市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号 (提出先) 氏名又は名称 理事長 大阪 太郎 大阪市 長				