

記載例

様式第 1 号

指定を希望しない医療がある場合、該当する医療区分を二重線等で消去ください。

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）

正式名称をご記入ください。

郵便番号と電話番号の記入を忘れずに！

保険医療機関	名 称	医療法人更生会 リハビリテーション病院		
	所 在 地	〒981-1217 宮城県名取市美田園二丁目 1-4 電話 022-784-3589		
	保険指定機関番号	1234567		
開 設 者	住 所	宮城県仙台市青葉区本町三丁目 8-1		
	氏 名 又 は 名 称	医療法人更生会 理事長 ○○ ○○		
標 ぼう し て い る 診 療 科 目		内科、外科、整形外科		
担 当 し よ う と す る 医 療 の 種 類		整形外科		
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		15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（平成17年法律第123号）第59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）として指定を受けたいので申請します。 年 月 日 申請日をご記入ください。 開 設 者 住 所 宮城県仙台市青葉区本町三丁目 8-1 氏 名 又 は 名 称 医療法人更生会 理事長 ○○ ○○ 宮城県知事 殿				

医療の種類毎に申請が必要です。

- ※ 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2箇所の（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療区分を二重線等で消去ください。
- ※ 「保健医療機関の名称」は、正式名称をご記入ください。
- ※ 郵便番号、電話番号も必ずご記載ください。