

**記載例**

様式第1号

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）

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で消去ください。

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！

医療の種類毎に申請が必要です。

|  |          |  |                          |       |
|--|----------|--|--------------------------|-------|
| 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<br>宮城県名取市美田園2-1-4<br>電話 022-784-3589 |                          |       |
|  | 保険指定機関番号 | 1234567  |                          |       |
| 開 設 者  | 住 所      | 医療法人更生会 リハビリテーション病院                            |                          |       |
|  | 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  |                          |       |
| 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                      |       |
| <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請日をご記入ください。</p> <p>開 設 者<br/>住 所 宮城県名取市美田園2-1-4<br/>氏名又は名称 医療法人更生会 リハビリテーション病院<br/>電 話 番 号 022-784-3589</p> <p>宮城県知事 殿</p> |          |  |                          |       |

- ※ 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。