様式第15号(第17条関係)

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)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 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、生年月日、住所及び経歴 | |  | | |
| 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 | |  | | |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | | 人 | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | |  | | |
| 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)として指定されるよう申請します。  　また、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項(同項第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)富山市長 | | | | |

(注)　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の(育成医療・更生医療)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。