

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		
<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)として指定されるよう申請します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>(宛先)富山市長</p>				

(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。