|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第２６号様式 | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| （あて先）川崎市長 | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
|  | | | 医療機関の開設者 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
|  | | | 住　所 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | | 氏　名 | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | 法人にあっては、主たる事務所の | | | |
|  | | | | | | 所在地、名称及び代表者の氏名 | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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（変更）されたく申請します。 | | | | | | | | | |
| 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）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 保険医療機関 | 名称 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 医療機関  コード |  | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | 職　名 |  | |
| 標ぼうしている診療科目 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 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 | | 別紙１のとおり | | | 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のとおり |
| 歯科医師の氏名及び経歴 | |
| 自立支援医療を行うための | | 人 | | | | | | | |
| 入院設備の定員 | |

※　育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式中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部分を二重線で消去してください。