

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）更新申請書記入要領
（病院又は診療所用）**

1 更新申請書（別紙17）

- (1) 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- (2) 「医療機関コード」を記載してください。
- (3) 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載してください。
- | | |
|----------------|--------------|
| ① 眼科に関する医療 | ⑨ 心臓移植に関する医療 |
| ② 耳鼻咽喉科に関する医療 | ⑩ 腎臓に関する医療 |
| ③ 口腔に関する医療 | ⑪ 腎移植に関する医療 |
| ④ 整形外科に関する医療 | ⑫ 小腸に関する医療 |
| ⑤ 形成外科に関する医療 | ⑬ 肝臓移植に関する医療 |
| ⑥ 中枢神経に関する医療 | ⑭ 歯科矯正に関する医療 |
| ⑦ 脳神経外科に関する医療 | ⑮ 免疫に関する医療 |
| ⑧ 心臓脈管外科に関する医療 | |
- (4) 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに必要となります。
- (5) 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載してください。

2 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）

- (1) 担当しようとする医療の種類に必要とされているものについて記載してください。特に必要とされているものについては必ず記載してください。
- (2) 特に必要とされる医療機関の体制及び設備の内容については、別紙「川崎市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領」別表1に記載されていますので、記入内容について確認をしてください。
- (3) 設備の設置場所が分かるように建物、設備の見取図又は平面図の写しを添付してください。
- (4) 体制については、当該医療の種類について、主として担当する医師の他にその他の職員の有無（人数）等を記載してください。

● **提出書類**

更新申請書（別紙17）	別紙2※
○	○

※ 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更有無」において、直近の指定の申請（変更届出を含む）から変更があった場合は、別紙2を添付すること。

【お問合せ先・送付先】

〒210-8577

川崎市川崎区宮本町一番地

川崎市健康福祉局医療保険部国民年金・福祉医療課

指定自立支援医療機関担当

電 話 044（200）2216

FAX 044（200）3930