

(別紙 1 - 3)

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

保険医療機関	名 称	医療機関コード（ ）		
	所 在 地	〒 Tel（ ）		
開設者 （*）	住 所			
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）			
	生年月日 （個人開設の場合）		職名（個人開設の場合）	
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		自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要の変更の有無	有・無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
上記のとおり、障害者自立支援法第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたいので申請します。				
年 月 日				
開設者				
住 所				
氏名又は 法人名と代表者				
青森市長 殿				

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

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

(別紙)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				