第１１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・更新）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経歴 | 別紙１ | | 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 | |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 |  | | | | | |
| 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定（変更・更新）を受けたいので、上記のとおり申請します。  また、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。  年　　月　　日  　船橋市長　あて  住所  医療機関の開設者  氏名又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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） | | | | | | |

※　指定の更新等の場合で、別紙１及び別紙２について直近の指定等又は変更の届出から変更が生じていないときは、その旨を記載することにより、別紙１及び別紙２の添付を省略することができる。