

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)

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。

|                     |        |   |     |
|---------------------|--------|---|-----|
| 保険医療機関              | 名称     | 大手前クリニック<br>(医療機関コード 76-543)                        |     |
|                     | 所在地    | 大阪府中央区大手前二丁目〇〇番〇〇号<br>〒 540-8570 TEL 06 (0000) 0000 |     |
| 開設者                 | 所      | 〇〇〇市△△△町三丁目2番12号<br>〒 540-1234 TEL 06 (0000) 0000   |     |
|                     | 氏名又は名称 | 大阪 太郎   |     |
| 標榜している診療科目          |        | 〇〇科   |     |
| 担当しようとする医療の種類       |        | □□に関する医療  |     |
| 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 |        | ××人   |     |

大手前2-〇〇-〇〇のような省略した住所で記入しないで下さい。

法人の場合の記入例  
医療法人〇〇 理事長 大阪太郎

法人の場合、主たる事務所の所在地を記入して下さい。

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第59条第1項の規定による医療機関 (育成医療・更生医療) として指定 (変更) されたく申請する。

年 月 日

開設者

住所 〇〇〇市△△△町三丁目2番12号

氏名 大阪 太郎

大阪府知事 様

中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。