

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 指定更新申請書

(病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	(医療機関コード -)
	所 在 地	〒 - TEL ()
開 設 者	住 所	〒 - TEL ()
	氏名又は 名 称	
標榜している診療科目		
(育成・更生医療のみ記入) 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		
(育成・更生医療のみ記入) 自立支援医療を行うために必要な 体制及び設備の変更の有無		
(育成・更生医療のみ記入) 自立支援医療を行うための入院設備の定員		有 ・ 無 人
<p>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60条第1項の規定による医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p>		

※ 現在登録されている医療の種類 (育成医療・更生医療・精神通院医療)