

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		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		人	
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。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏 名 大 阪 府 知 事 様			