別記様式３－（１）　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施行細則　別記様式第12号

　　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　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
| 標ぼうしている診療科目 | |  | | | | | |
| 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（※２） | |  | | 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（※３） | | | 変更あり  （別紙を添付）  　変更なし |
| 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項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定の更新を受けたいので、申請します。  　また、同法第59条第３項において準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒 -    氏名又は名称  　　栃木県知事　　　様 | | | | | | | |

（問合せ先　℡　　　　　　　　　　　　：担当者名　　　　　　　（別紙添書等に記載がある場合は省略可。））

※１　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。

※２　「主として担当する医師又は歯科医師」に変更がある場合には、別途、「変更届出書」を提出してください。

※３　「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備」について、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更があった場合には、別紙を添付すること。

（記入要領）

１　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

２　「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載すること。

1. 眼科に関する医療　　　 　　 ⑵　耳鼻咽喉科に関する医療

くう

1. 口腔に関する医療 　　　　　 ⑷　整形外科に関する医療

　⑸　形成外科に関する医療 　　　 ⑹　中枢神経に関する医療

　⑺　脳神経外科に関する医療 　　 ⑻　心臓脈管外科に関する医療

　⑼　心臓移植に関する医療　　　 ⑽　腎臓に関する医療

　⑾　腎移植に関する医療　　　 ⑿　小腸に関する医療

　⒀　肝臓移植に関する医療　　 ⒁　歯科矯正に関する医療

　⒂　免疫に関する医療

３　「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。

４　「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。

（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 |  |