指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 開　　設　　者 | 住所 | 〒 |
| 氏名又は名称 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 標ぼうしている診療科名（自立支援医療を担当するもの） |  |
| 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 | 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59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）の指定を申請します。　また、同条第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。　令和　　年　　月　　日開　 設 　者　　　　　　　　　　住　　　　所　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　岐　阜　県　知　事　　　　　様 |

　備考

　　１　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

　　２　（別紙１）には、（別紙３）を添付すること。

　　３　腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ（別紙４）及び（別紙５）による臨床実績等に関する証明書を（別紙１）に添付すること。

　　４　心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、（別紙６）又は（別紙７）による臨床実績等に関する証明書を（別紙１）に添付すること。

　　５　肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、（別紙８）又は（別紙９）による臨床実績等に関する証明書を（別紙１）に添付すること。

　　６　指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）について、担当しようとする医療の種類に関する変更に関してはこの様式を用いて申請を行い、それ以外の変更については第21号様式を用いて届出を行うこと。