

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	(医療機関コード -)	
	所 在 地	〒 -	TEL ()
開 設 者	住 所	〒 -	TEL ()
	氏 名 又 は 名 称	役職名	
		生年月日	年 月 日
標榜している診療科目			
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			
自立支援医療を行う為に必要な体制及び設備の変更の有無		有 ・ 無	
自立支援医療を行う為の入院設備の定員		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）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>枚 方 市 長</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印</p>			