

記入例

育成医療・更生医療 確認書（医療機関）

更新用

<p>※ 右記事項に関して、直近の指定申請（変更届出含む）から変更があった場合は、様式 2-（1）の変更届出を行うこと。</p> <p>※ 医療の種類に変更がある場合は、様式 1-（1）の変更申請を行うこと。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院又は診療所の名称 2. 病院又は診療所の所在地 3. 開設者の住所、氏名、生年月日、職名、名称 4. 標ぼうしている診療科名（担当医療の種類に関係あるもの） 5. 主として担当する医師・歯科医師の氏名、生年月日、住所、経歴 6. 必要な設備の概要 7. <※診療所のみ>入院設備の有無とその定員
保険医療機関名	ふりがな) いりょうほうじんまるまる まるまるび ょういん <hr style="border: 0.5px dotted black;"/> 医療法人〇〇 〇〇病院
保険医療機関 所在地 (指定後公開します)	〒650-8570 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号
保険医療機関 TEL (指定後、公開します)	078-331-8181
保険医療機関コード番号	※地区2桁+機関5桁=7桁 〇123456
提出書類の担当者	神戸 一郎
" の連絡先 TEL	078-322-〇〇〇〇

レセプト請求時使用する番号

提出する書類に関する
質問等に回答できる方
を記入してください。

指定通

様式(文字や枠など)を変更(削除)しないで下さい

記 入 例

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

希望しない医療を二重線で消去

（病院又は診療所）

【記入要領】をよくお読みください

保険医療機関	名 称	医療法人〇〇 〇〇病院			正式名称
	所 在 地	神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号			正式な表記
開 設 者	住 所	神戸市中央区加納町六丁目5番1号			開設者が 法人 の場合は、法人住所、法人名称、代表者の生年月日・役職名 個人 の場合は、個人住所・氏名・生年月日・職名を。
	名称又は氏名	医療法人〇〇			
	生年月日	昭和〇〇. 〇. 〇	職名	理事	
標榜している診療科目 <small>（担当する医療の種類に関係があるものに限る）</small>		整形外科			
担当しようとする医療の種類		整形外科			
主として担当する医師又は歯科医師の氏名		神戸 明子	自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の変更の有無	有 ・ 無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員			20 人		
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を有利にするための法律（平成17年法律第123号）第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（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>第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第5号）を定めるもののいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p style="text-align: center;">申 請 日 令和3年 5月 1日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 神戸市中央区加納町六丁目5番1号 名称及び氏名 医療法人〇〇 理事長 神戸 次郎</p>					

開設者の情報は統一してください。
開設者が**法人**の場合は、法人住所、法人名称、代表者の役職・氏名。
個人の場合は、個人の住所・氏名。

入院設備がない場合は0人と記入。（医療の種類毎）

有に○の場合、変更届出書（様式2-(1)）も別途提出が必要。

- ※ 育成医療・更生医療の指定を更新を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」の医療部分を二重線で消去すること。
- ※ 直近の指定申請（変更届出含む）から変更があった場合は、変更届出書（様式2-(1)）も提出すること。