

令和 〇 年 〇 月 〇 日

八王子市長 殿

医療機関の開設者 住所 八王子市元本郷町〇-〇-〇
氏名 医療法人社団〇〇会 八王子病院
理事長 八王子 太郎

〔 法人にあっては、重たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名 〕

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・診療所）

下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）の指定の更新を申請します。

記

保険医療機関	名 称	医療法人社団〇〇会 八王子病院 (医療機関コード 〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
	所 在 地	八王子市元本郷町〇-〇-〇
	電 話 番 号	042-620-XXXX
開 設 者	住 所 又 は 所 在 地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇
	氏 名 又 は 名 称	医療法人社団 〇〇会
標 ぼう して いる 診 療 科 名		脳神経外科
担 当 し よ う と す る 医 療 の 種 類		脳神経外科に関する医療
主 として 担 当 す る 医 師 又 は 歯 科 医 師 の 氏 名		東京 一郎
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 収 容 設 備 の 定 員		6 人

備考

- 1 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2箇所の「（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等で消去すること。
- 2 「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」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、「有」を で囲むこと。