様式第22号の６（第27条の３関係）

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）

（保険医療機関コード　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | |
| 担当する自立支援医療の種類 | | |  | | | |
| 主として担当する医師又は歯科医師 | | 氏　　名 |  | | | |
| 生年月日 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | |
| 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 | | |  | | | |
| 診療所にあっては収容施設の有無及び収容定員 | | | | 有（　　　人）・無 | | |
| 上記のとおり，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，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項の規定により申請します。  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（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）の規定及び水戸市暴力団排除条例第２条各号のいずれにも該当しないことを誓約します。  水戸市長　様  　　　　年　　月　　日  医療機関の開設者  住所（所在地）  氏名（名称及び代表者の氏名） | | | | | | |

　　　自己点検表により自己点検を実施したので，実施日及び点検概要を報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 実施日 | 不適切項目の有無 | 点検概要 |
|  |  |  |  |
| (記入例) | R2.4.1 | 有 | ○○○○ほか○人において会議を開催し，療養担当規程の遵守状況や人員体制の状況等について，点検を実施した。  なお，○○○○における不備な点については，○月○日までに改善を図ることとした。 |

* 自己点検表は水戸市ホームページにも掲載しています。
  + - * URL: https://www.city.mito.lg.jp/life/2/18/93/

|  |
| --- |
| * 担 当 部 署 （　　　　　　　　） * 担当者氏名　（　　　　　　　　　　　　） * 電 話 番 号 （　　　　　　　　） * Ｆ　Ａ　Ｘ　（　　　　　　　　　　　　） * 電子メール（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * ※申請内容について確認させていただく場合がありますので，連絡先を記入して下さい。 |