

(第9条関係)

(その1)

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	
	所在地	
	電話番号	
	保険医療機関コード	
開設者	住所	
	氏名又は名称	
	生年月日	
標ぼうしている診療科名（担当する自立支援医療（育成医療・更生医療）に関するものに限りません。）		
上の診療科において担当している医療の種類		
自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名		
<p>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、高知県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施行細則第9条第2項の規定により上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>高知県知事 様</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関の開設者 主たる事務所の 所在地（住所） 名称 代表者の職・氏名 名（氏名）</p>		

- 注 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定の更新を希望する場合は、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない方を二重線で消してください。
- 2 「保険医療機関」の「名称」欄は、保険医療機関の正式の名称を記入してください。
- 3 開設者が法人である場合は、「開設者」の「住所」欄は法人の主たる事務所の所在地を、「開設者」の「氏名又は名称」欄は法人の名称及び代表者の職・氏名を記入してください。
- 4 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3項において読み替えて準用する同法第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。）に該当しないことを誓約する書面を添えてください。
- 5 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施行規則第57条第1項各号（第5号及び第9号を除く。）に掲げる事項に変更があるときは、この申請とは別に別記指定自立支援医療機関変更届出書による変更の届出をしてください。

(その2)

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

(薬局)

保険薬局	名称	
	所在地	
	電話番号	
	保険医療機関コード	
開設者	住所	
	氏名又は名称	
	生年月日	
管理薬剤師の氏名		
<p>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、高知県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施行細則第9条第2項の規定により上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>高知県知事 様</p> <p>年 月 日</p> <p>保険薬局の開設者 主たる事務所の 所在地（住所） 名称 代表者の職・氏 名（氏名）</p>		

- 注 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定の更新を希望する場合は、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない方を二重線で消してください。
- 2 「保険薬局」の「名称」欄は、保険薬局の正式の名称を記入してください。
- 3 開設者が法人である場合は、「開設者」の「住所」欄は法人の主たる事務所の所在地を、「開設者」の「氏名又は名称」欄は法人の名称及び代表者の職・氏名を記入してください。
- 4 「管理薬剤師」とは、薬事法（昭和35年法律第145号）第7条第3項に規定する薬局の管理者をいいます。
- 5 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3項において読み替えて準用する同法第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。）に該当しないことを誓約する書面添えてください。
- 6 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施行規則第57条第2項各号（第5号及び第6号を除く。）に掲げる事項に変更があるときは、この申請とは別に別記指定自立支援医療機関変更届出書による変更の届出をしてください。

(その3)

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

(指定訪問看護事業者等)

指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者	名称	
	主たる事務所所在地	
	代表者の職・氏名	
	代表者の生年月日	
	代表者の住所	
訪問看護ステーション等	名称	
	所在地	
	電話番号	
	ステーションコード	
<p>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、高知県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施行細則第9条第2項の規定により上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>高知県知事 様</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者 主たる事務所所在地 名称 代表者の職・氏名</p>		

- 注 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定の更新を希望する場合は、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない方を二重線で消してください。
- 2 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3項において読み替えて準用する同法第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。）に該当しないことを誓約する書面を添えてください。
- 3 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施行規則第57条第3項各号（第5号及び第6号を除く。）に掲げる事項（代表者の氏名、生年月日、住所及び職名を除く。）に変更があるときは、この申請とは別に別記指定自立支援医療機関変更届出書による変更の届出をしてください。