

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（記入例）
（病院又は診療所）

保険医療機関	名称 (注1)	医療法人〇〇会 △△病院 ※正式名称をご記入ください。		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市〇〇町△△1番1号 電話(〇〇〇) 〇〇〇局〇〇〇〇番		
開設者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号 ※個人開設の場合は代表者の住所		
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 ※個人開設の場合は代表者氏名		
	生年月日(注2)	※昭和〇年〇月〇日	職名(注3)	※医師
標榜している診療科目(注4)		精神科・心療内科 ※精神通院医療に主に関係する診療科をご記入ください。		
主として担当する医師の経歴		(別紙経歴書)		
<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（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請する。</p> <p>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>（開設者） 住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号</p> <p>氏名又は名称 医療法人〇〇会 及び代表者職氏名 理事長 山口 一郎</p> <p>電 話(〇〇〇) 〇〇〇局 〇〇〇〇番</p> <p>申請担当者名 事務部 山口 花子</p> <p>山口県知事様</p>				

申請日をご記入ください。

内容について、お問い合わせする場合があります。

注1 保険医療機関の名称は、正式名称を記載すること（保険医療機関通知書を確認）。

注2 生年月日について、開設者が法人の場合は、印は不要です。（個人・法人

注3 職名について、開設者が法人の場合は、とも）

開設者が個人の場合は、医療機関の名称を記載すること。

注4 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

【添付書類】 保険医療機関指定通知書の写し
医師免許証の写し