

別紙様式 3 - (1)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称	〇〇クリニック		
		[医療機関コード（7桁）： 〇〇〇〇〇〇〇]		
	所 在 地	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇]		
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
開 設 者	氏名又は名称	県庁 太郎		
	生 年 月 日	(元号) 〇年〇月〇日	職 名	—
標ぼうしている診療科目 ※	精神科、心療内科、内科			
主として担当する医師の氏名	県庁 太郎			
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第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定の更新を受けたいので、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項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。 (元号) 〇年〇月〇日 開設者 住 所 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名又は名称 県庁 太郎 栃木県知事 様				

開設者の自宅住所

開設者の氏名

記載不要

開設者の生年月日

開設者の自宅住所

開設者の氏名

※ 標ぼう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。