

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         | [医療機関コード (7桁) : ]             |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 所 在 地       | (〒      -      )<br>[電話番号 : ] |     |  |
| 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 ※                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                               |     |  |
| 主 として 担 当 する 医 師 の 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                               |     |  |
| <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。</p> <p>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。</p> <p>年      月      日</p> <p style="text-align: right;">開設者<br/>住      所<br/>氏名又は名称</p> <p>栃木県知事 様</p> |             |                               |     |  |

※ 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。