

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
 (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 〇〇-〇,〇〇〇,〇)		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
開設者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇		
		個人 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 法人		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	職名	理事長
標榜している診療科目	精神科・心療内科			
主として担当する医師の経歴	(別紙)			
<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>令和〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住所 堺市〇区〇〇町〇番〇号 氏名又は名称 医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇</p> <p>堺市長 殿</p>				

注意

- 1 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。
- 2 次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 主として担当する医師の経歴書
 - (2) 欠格条項に該当しないことを誓約する書面