

**個人開設の場合**

別紙様式1 - (1)

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 [開院日： 〇〇〇〇年〇月〇日] [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]		
開 設 者	住 所	栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	氏名又は名称	県庁 太郎		
	生 年 月 日	〇〇〇〇年〇月〇日	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>〇〇〇〇年〇月〇日</p> <p>開設者 住 所 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名又は名称 県庁 太郎</p> <p>栃木県知事 様</p>				

提出時点で厚生局から付与されていない場合は、ご連絡ください

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診療科目のみで差し支えないこととする。