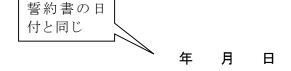
## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書 (病院又は診療所) 記入例

	名	称	○○クリニック					
保険医療機関	所在地		〒 650 −8567 TE	EL( 078	) 341-	<u>7711</u>		
			兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10-1					
	住	所	7 000-0000 TE	EL( 078	) 123	-4567		
開設者	(法人にあっては、 主たる事務所の 所在地		兵庫県西宮市〇〇町1丁目〇〇番地					
	氏 名 (法人にあっては、 名称及び代表者 の氏名)		<b>兵庫 太郎</b> 医療機関コード取得 又は予定の指定年月日					
							生 年	月日
	保険医療機関の指定年月日等			医療機関コード	_	<b>指定年</b> まってい	ない場合	年 .
標 榜 している診 療 科 目			内科·診療内科·外科		は空白申請可。後日 TEL 連絡の事			
主として担当する医師の氏名			兵庫 太郎 (経歴書別紙様式2と医師免許等のコピー添付)					
主として担当する医師の経歴			別紙様式2					
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								

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)としての指定を申請します。

なお、同法第59条第3項で準用する同法第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。)の規 定のいずれにも該当しないことを誓約します。

兵庫県知事 様



開設者 住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

電話、電子メールは、事務担当者のもので	氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 押印は 不要
も可。電子メールの記載は任意	
山戦(は江忠	~ 電 話 (
	電子メール @

- 備考 1 「保険医療機関」の名称は、必ず正式名称を記載すること。
  - 2 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の記載で差し支えないこと
  - 3 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の医療機関コードを記入すること。