

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) (記入例)

保険医療機関	名 称	〇〇クリニック				
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇	TEL(〇〇〇)	〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町...		
開 設 者	住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇	TEL(〇〇〇)	〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町...		
	氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	氏名 〇〇 〇〇	役職	理事長		
		(生年月日 〇〇 年 〇 月 〇〇日) 名称 医療法人〇〇クリニック				
保険医療機関の指定年月日等		医療機関コード		指定年月日	年 月 日	
標榜している診療科目		精神科・心療内科			保険医療機関としての指定日です。	
主として担当する医師の氏名		〇〇 〇〇				
<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)としての指定を更新申請します。</p> <p>なお、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(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別紙様式4のとおり誓約します。</p>						
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) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町... 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 医療法人〇〇クリニック 理事長 〇〇 〇〇 電話(〇〇〇) 〇〇〇 — 〇〇〇〇			年 月 日 誓約書の日付と同じ	
開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名、開設者が個人の場合は個人の住所・氏名 を記入してください。		押印は不要				
電子メールの記載は任意		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。
- 4 次の項目において、既に指定を受けている内容に変更がある場合は、併せて変更届(様式17)の提出が必要です。
- ① 保険医療機関名称・所在地 ② 開設者氏名(名称)・所在地 ③ 標榜診療している診療科目
④ 主として担当する医師氏名(経歴書(様式2)と医師免許の写しの添付が必要)
- ※医療機関コードが変更となっている場合は廃止届および新コードでの新規申請書類一式が必要です。