第１号様式

**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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | ふりがな  名　　　称 |  | | | | | | | | |  |
| 所在地 | 〒　　－ | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | |
| 保険医療機関コード |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 開設者 | 住所 |  | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | 職　名 | | |  | | |
| 標榜している診療科目 ※ | |  | | | | | | | | |
| 主として担当する医師の経歴 | | （別紙１） | | | | | | | | |
| 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）として指定を受けたいので、申請します。  **また、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誓約します。**  　　　年　　　月　　　日  　横　浜　市　長  医療機関の開設者  　住所  氏名又は名称 | | | | | | | | | | |

* 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。