様式第14号（規格Ａ４）（第13条関係）

（その１）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）更新申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　　称 |  （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　在　地 | 〒　　　－（電話番号　　　　－　　　－　　　　）（E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |  |
| 上記のとおり、障害者総合支援法第６０条第１項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として更新されたく申請します。また、障害者総合支援法第５９条第３項において準用する障害者総合支援法第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。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　－　　　－　　　　）群馬県知事　あて |

備考

　　１　「標榜している診療科目」欄は、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ありません。