# 記載例(個人開設の場合)

様式第12号(規格A4)(第12条関係) (その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	<td blac<="" black="" dashed="" rowspan="2" th=""></td>	
	所 在 地	〒〇〇〇一〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇一〇 (電話番号 〇〇〇一〇〇〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)	
開設者	住所	〒〇〇〇一〇〇〇〇 個人開設者の自宅住所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇一〇	
	氏名又は名称	群馬 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 職 名 院長 等	
標榜している診療科目		精神科、診療科内科等個人開設者の生年月日	
主として担当する医師の経歴		(別紙)	

上記のとおり、障害者総合支援法第59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)として指定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。

### 令和○○年○○月○○日

個人開設者の自宅住所

開設者

住 所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇一〇

氏名又は名称 群馬 太郎

(電話番号 000-000-000)

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。

## 記載例(法人開設の場合)

様式第12号(規格A4)(第12条関係) (その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)

付番が済んでいないときは空欄 医療法人〇〇会 〇〇〇病院 名 称 (医療機関コード 〇〇〇〇〇〇 ) T000-0000 保険医療機関 群馬県前橋市○○町○丁目○一○ 所 在 地 (電話番号 000-000-000) 法人事務所の所在地 T000-0000 住 所 群馬県前橋市○○町○丁目○一○ 開 設 者 氏名又は名称 医療法人〇〇会 理事長 群馬 太郎 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 院長 等 職名 精神科、診療科内科 等 標榜している診療科目 法人代表者の生年月日 主として担当する医師の経歴 (別紙)

上記のとおり、障害者総合支援法第59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)として指定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。

### 令和〇〇年〇〇月〇〇日

開 設 者

法人事務所の所在地

住 所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇一〇

氏名又は名称 医療法人〇〇会

理事長 群馬 太郎

(電話番号 000-000-000)

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。