

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	〇〇〇クリニック (医療機関コード 〇〇〇〇〇〇〇)		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇〇)		
開 設 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇		
	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		
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 住 所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 氏名又は名称 群馬 太郎 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) 群馬県知事 あて				

備考

- 「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）

保 険 医 療 機 関	名 称	医療法人〇〇会 〇〇〇病院 (医療機関コード 〇〇〇〇〇〇〇)		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇〇)		
開 設 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇		
	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	職 名	院長 等
標 榜 し て い る 診 療 科 目	精神科、診療科内科 等			
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 住 所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 氏名又は名称 医療法人〇〇会 理事長 群馬 太郎 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) 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。