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。