

**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						
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)					
<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>横浜市 長</p> <p style="text-align: center;">医療機関の開設者 住所 氏名又は名称</p>							

※ 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。