

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)

医療機関名は正式名称を記載してください。

保険医療機関	名 称	医療法人〇〇会 〇〇医院 (医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7)		
	所 在 地	岩手県盛岡市内丸一丁目 1 番 1 号 (TEL 〇 1 9 - 1 2 3 - 4 5 6 7)		
開 設 者	住 所	岩手県盛岡市内丸一丁目 1 番 1 号		
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 理事長 岩手 一郎		
	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日	職 名	理事長

住所は省略せず (一でつながない) 住居表示どおり正確に記載してください (〇番〇号、又は〇番地等)。

標榜している診療科目※	〇〇〇科		
主として担当する医師の経歴	( 別紙 1 )		

個人病院の場合は、病院長又は代表者の方の氏名を記載してください。

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。

〇年 〇月 〇日

開設者 住 所 岩手県盛岡市内丸一丁目 1 番 1 号  
氏 名 医療法人〇〇会 理事長 岩手 一郎  
(法人にあっては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 )

岩手県 〇〇 保健所長 様

個人病院の場合は、病院長又は代表者の方の氏名を記載してください。

※ 1 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します。  
2 保健医療機関の所在地については、正確な住居表示を市町村役場等に確認する等して誤りや省略をすることなく記入してください。