別紙様式３－（１）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　　　称 | ［医療機関コード（７桁）：　　　　　　　　　　］ |
| 所　在　地 | （〒　　　－　　　　）　　　［電話番号：　　　 　　　　　　　　　　　　　］ |
| 開　設　者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職　名 |  |
| 標ぼうしている診療科目　※ |  |
| 主として担当する医師の氏名　 |  |
| 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６０条第１項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定の更新を受けたいので、申請します。　また、同法第５９条第３項において準用する同法第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。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　 開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　栃木県知事　様 |

※　標ぼう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。