

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 (備考1)	名称	あいちクリニック ※正式名称を記入してください。		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町〇番地		
開設者 (法人の場合は法人の名称及び法人所在地を記載)	氏名又は名称	医療法人あいち会 ※個人開設の場合は個人名		
	TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 町〇番地			
	代表者役職・氏名	理事長・愛知 太郎		
保険医療機関の指定年月日等		医療機関番	1234567	指 定 日 令和〇年〇月〇日
標榜している診療科目 (備考2)	精神科、心療内科		主に精神通院医療に係る診療科を記入してください。	
主として担当する医師の氏名		愛知 二郎		
主として担当する医師の経歴		別紙様式1-(2)		
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)として指定されたく申請する。 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する。 令和〇 年〇月〇日 愛 知 県 知 事 殿 届出日を記入してください。 医療機関の開設者 所 在 地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地 名 称 医療法人あいち会 開設者(代表者) 理事長 愛知 太郎				

備考1 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
備考2 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係る診療科目のみの記載で差し支えないこと。