別紙様式４

## 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）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 〒○○○－○○○○　ＴＥＬ（○○○）○○○－○○○○<br>愛知県○○市○○町○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（□□□）□□□－□□□□<br>□□町□番地 | | | |
| | 代表 | 理事長・愛知　太郎 | | のみ記載）<br>月 | |
| 保険医療機関の指定年月日等 | 医療機関番号 | 1234567 | 指定年月日 | 令和○年○月○日 | |
| 標榜している診療科目（備考２） | 精神科、心療内科 | | | | |
| 主として担当する医師の氏名 | 愛知　二郎 | | | | |

厚生局から付与される7桁の番号を記入してください。

保険医療機関として指定されたお日にちを記入してください。

主に精神通院医療に関係する診療科を記入してください。

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60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）として指定を更新されたく申請する。
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○ 年○月○日

届出日を記入してください。

愛知県知事殿

医療機関の開設者
所在地　□□県□□市□□町□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関係する診療科目のみの記載で差し支えないこと。