

様式第 19 号 (その 1) (第 13 条関係)

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・診療所)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職名	
標榜している診療科目				
主として担当する医師の氏名				
<p>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、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同条第 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。) に該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>宮崎県知事 殿</p>				

備考 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ありません。