様式第１３号

**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)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード | ※コードが判明していない場合は空欄でも受け付けますが、最終的な登録にはコートが必須となりますので、判明次第速やかに電話連絡をしてください。 |
| 開設者 | 住所※法人の場合、主たる事業所の所在地 | 　 |
| 氏名※法人の場合、名称及び代表者氏名 |  |
| 職名※法人の場合、代表者の職名 |  | 生年月日 |  |
| 標ぼうしている診療科目※ | 　 |
| 主として担当する医師の経歴  | (付表) |
| 　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)の指定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（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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　福岡市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　**開設者**住所（法人の場合、主たる事業所の所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人の場合、名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※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。

付表

経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 現住所 |  |
| 年月日 | 任免事項 |
| 　 | 　 |

　**※医師免許証の写しを添付すること。**