

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                      | 〇〇クリニック                                                                                  |      |           | ビル名・階数(部屋番号)は省略せず記載してください。 |                       |
|                                                                           | 所 在 地                    | 〒123-4567<br>福岡市〇〇区〇〇1-2-3 〇〇ビル〇階                                                        |      |           |                            |                       |
|                                                                           | 電 話 番 号                  | 123-456-7890                                                                             |      |           |                            |                       |
|                                                                           | 医療機関コード                  | 123.456.7                                                                                |      |           |                            |                       |
| 開 設 者                                                                     | 住 所<br>※法人の場合、主たる事業所の所在地 | 福岡市××区××4-5-6                                                                            |      |           |                            |                       |
|                                                                           | 氏 名<br>※法人の場合、名称及び代表者氏名  | 医療法人〇〇会<br>福岡 太郎                                                                         |      |           |                            | 法人化していない場合は空欄にしてください。 |
|                                                                           | 職 名<br>※法人の場合、代表者の職名     | 理事長                                                                                      | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 |                            |                       |
| 標 ぼう して いる 診 療 科 目 ※                                                      |                          | 精神科、診療内科                                                                                 |      |           |                            |                       |
| 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有利にするために、精神通院医療に主として関係する診療科のみ記載してください。              |                          | 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。 |                          |                                                                                          |      |           |                            |                       |
| 申請日を記入してください                                                              |                          | 令和7年4月1日                                                                                 |      |           |                            |                       |
| 福岡市長様                                                                     |                          |                                                                                          |      |           |                            |                       |
| 押印は不要です                                                                   |                          | 開設者<br>住所(法人の場合、主たる事業所の所在地)<br>福岡市〇〇区××4-5-6<br>氏名(法人の場合、名称及び代表者氏名)<br>医療法人〇〇会 理事長 福岡 太郎 |      |           |                            |                       |

※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、精神通院医療に主として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   | てんじん はなこ                                   | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 |
| 氏名     | 天神 花子                                      |      |           |
| 現住所    | 福岡市△△区△△7-8-9                              |      |           |
| 年月日    | 任 免 事 項                                    |      |           |
| 平成〇年〇月 | 〇〇大学 医学部医学科 卒業<br>医師免許取得 (医籍登録番号 第123456号) |      |           |
| 平成〇年〇月 | 〇〇大学附属病院 精神科 医員                            |      |           |
| ・      |                                            |      |           |
| ・      |                                            |      |           |
| ・      |                                            |      |           |

**【補足事項】**

- ・「主として担当する医師」は、以下のすべての条件を満たす医師を記載してください。
  - ①申請医療機関に勤務する医師（非常勤含む）であること
  - ②保健医療機関における精神科診療への従事年数が、移籍取得後通算して3年以上あること  
※従事年数にはてんかんについての診療、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間を含みます。
- ・「主として担当する医師」の条件を満たす医師が複数勤務している場合、いずれか1人を選択し記載してください。（常勤医師優先）
- ・非常勤の医師を記載する場合、申請時点における直近1カ月又は1週間あたりの勤務日数及び延べ時間数を記載してください。  
（例： 〇〇病院 精神科 医師（非常勤） 週4日（延べ20時間勤務））
- ・精神科及び神経科以外の診療科での勤務期間については、精神疾患の診療実績を記載してください。  
（例： 〇〇病院 小児課 医師 平成〇〇年 てんかん症例 月〇人  
平成〇〇年 てんかん症例 月〇人

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

※医師免許証の写しを添付すること。