

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	●●病院									
	所在地	〒 123-4567 TEL(078)●●●-●●●● 神戸市北区●●町●丁目●番●号									
開設者	住所	〒 012-3456 TEL(078)○○○-○○○○ 神戸市中央区○○町○丁目○番○号									
	氏名・役職・法人等名称	氏名 神戸 太郎					役職 理事長				
		(生年月日 昭和××年×月×日)					保険医療機関指定申請中でコードが未定の場合は空欄で申請してください。コードが付与されしだいご連絡ください。				
名称 医療法人 ○○											
保険医療機関の指定年月日等		医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	指定年月日	令和4年4月1日
標榜している診療科目		精神科、心療内科									
主として担当する医師の氏名		神戸 一郎									
主として担当する医師の経歴		別紙様式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)としての指定を申請します。											
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											
令和4年 ○月 ○日											
神戸市長 宛											
開設者											
住所 神戸市中央区○○町○丁目○番○号											
氏名又は名称 医療法人○○ 理事長 神戸 太郎											

開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名
開設者が個人の場合は個人の住所・氏名を記入してください。

保険医療機関としての指定日です。保険医療機関指定申請中の場合は予定日を記入してください。

- 備考 1 「保険医療機関」の名称は、必ず正式名称を記載すること。
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。
3 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の医療機関コードを記入すること。