

第1号様式

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書〔 新規 ・ 更新 〕

保険医療機関 (薬局、訪問看護 ステーション)	名 称	医療機関等コード ※ 必ず記入してください (薬局コード、訪問看護ステーションコード)	
	所在地	〔前回の指定年月日 年 月 日 〕 〒 ー 電話番号 ( )	
開設者又は 事業代表者	住 所		
	氏名又は名称		
	生年月日		職名
標ぼうしている診療科名			
担当しようとする医療の種類			
主として担当する医師、歯科医師又は薬剤師の氏名			
主として担当する医師、歯科医師又は薬剤師の経歴		別紙のとおり	
自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要			
訪問看護ステーション等において指定訪問看護、指定老人 訪問看護又は指定居宅サービス等に従事する職員の定数			
調剤のために必要な設備及び施設の概要			
自立支援医療を行うための収容設備の定員		人	

上記のとおり、 年 月 日から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、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60条）第1項の規定により、申請します。

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します。

年 月 日

(〒 ー )

住 所  
申請者

氏 名  
〔 法人にあっては、  
名称及び代表者  
の氏名 〕

新潟県知事 様