

第10号様式（第6条関係）

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 |      |      |  |
| 開 設 者   | 住 所     | 〒    |      |  |
|   | 氏名又は名称  |      | 電話番号 |  |
|   | 生 年 月 日 |      | 職 名  |  |
| 標ぼうしている診療科名※  |         |      |      |  |
| 主として担当する医師の経歴   |         | (別紙) |      |  |
| 保険医療機関コード   |         |      |      |  |
| <p>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。）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者<br/>住 所<br/>氏名又は名称</p> <p>岐 阜 県 知 事 様</p> |         |      |      |  |

備考 標ぼうしている診療科名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名のみで差し支えないこととする。