

別 添

指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定（更新）申請に係る申請書類一覧
（病院・診療所）

※申請書類の先頭に添付してください。

申 請 者 連 絡 先			
提出した申請書類に記載された内容等について、問い合わせをする際の連絡先を記入してください。			
開設者名（法人名等）		担当者	
担当連絡先	（電 話）		（ファックス）
	（Eメール）		
保険医療機関の名称			

番号	申 請 書 及 び 添 付 書 類	チェック
申請書	第一号様式 指定自立支援医療機関指定申請書（病院・診療所用）	
	（指定更新申請の場合） 第四号様式 指定自立支援医療機関指定更新申請書（病院・診療所用）	
1	別紙 主として担当する医師の経歴書	
2	主として担当する医師の免許証（写し）	
3	保険医療機関指定通知書（写し） （地方厚生局から通知される医療機関コード（7桁）が記載されているものです。厚生局と同時申請の場合は、チェック欄に手続き中と記載し、後日指定通知書がお手元に届きましたら、FAXまたは郵送でご送付願います。）	
4	（更新申請の場合のみ） 自己点検表（精神通院医療：「病院・診療所」）	

[注意事項]

- 1 新規申請と更新申請は様式が異なりますのでご注意ください。
- 2 申請書の開設者住所欄にも郵便番号を記載いただくようお願いします。
- 3 担当者個人のアドレスではなく、医療機関等の代表アドレスを記入してください。（今後、県からの連絡は可能な限り電子メールにて行います。）
- 4 「申請者確認欄」の該当欄に「○」印を付し、添付書類等に漏れがないように確認してください。
- 5 「写し」については、原本証明をしてください。

（記載例）本書は原本と相違ないことを証明します。

○年○月○日
○○市○○町○-○
○○○○ 株式会社
代表取締役 ○○ ○○ 印