様式第１１号－（２）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 保険指定機関番号 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 標ぼうしている診療科目 |  |
| 主として担当する医師の氏名 |  |
| 　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（平成１７年法律第１２３号）第６０条第１項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたく申請します。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　　日開設者　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　宮城県知事　　　　　　　　殿 |

（備考）　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，精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。