様式第 16 号の５

記入例

指定自立支援医療機関指定更新申請書

（精神通院医療　病院又は診療所）

保険医療機関	名　　称	やまがたメンタルクリニック
	所　在　地	山形県山形市松波〇-△
開　設　者	住　　所	山形県山形市松波〇-△
	氏名又は名称	医療法人やまがた会理事長　〇〇　〇〇
標榜している診療科目		精神科
主として担当する医師の氏名		〇〇　〇〇　精神通院医療を担当する医師氏名

指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、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 60 条第１項の規定により、上記のとおり申請します。

令和〇〇年　△月　□日　申請書提出日を記入してください。

開設者

住　所　　山形県山形市松波〇－△

氏名又は名称　医療法人やまがた会

理事長　〇〇　〇〇

山形県知事　殿

備考　１　「保険医療機関」の名称は、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を記載すること。