第１５号様式記入要領

**病院・診療所用（精神通院医療） 記入要領（更新）**

１　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

２　（誓約書）欠格条項に該当しない旨の誓約書を添付すること。

３　（自己点検表）点検項目について適切に行われているか確認し、添付すること。

４　既に指定を受けている（変更届出書を提出している）内容について、次の（１）～（６）の項目に変更があった場合は、更新申請書等と併せて変更の届出等（添付書類を含む）を行うこと。主として担当する医師の変更については、（別紙）経歴書と医師免許証の写しを添付すること。

（以下のいずれの項目にも変更がない場合は、更新申請書、誓約書、自己点検表のみを提出すること。）

1. 医療機関の名称
2. 医療機関の所在地
3. 開設者の名称（氏名）
4. 開設者の住所（所在地）
5. 標ぼうしている診療科名
6. **自立支援医療を主として担当する医師**

**（（別紙）経歴書と医師免許証の写しを添付すること）**

第１５号様式

**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 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |
| 医療機関コード |  | | |
| 開設者 | 住所 |  | | |
| 氏名又は名称 |  | | |
| 標榜している診療科目※ | |  | | |
| 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項の規定に基づき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する。  　　　　年　　月　　日  開　　設　　者  住　 所  氏名又は名称 　　　　　　 印  　 大分県知事　　殿 | | | | |

* 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療の診療を実施する

診療科目のみを記入すること。

（別紙）

**経　　　歴　　　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふり　　　　がな  氏　　名 | 印 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | |
| 年月日 | 任　　　　免　　　　事　　　　項 | | |
|  |  | | |

※　医師免許証の写しを必ず添付すること。