

第 1 1 号様式 (第 2 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・診療所)

保険医療機関	名 称	(医療機関コード )
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
開 設 者	住 所	〒
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科名		
主として担当する 医 師 の 氏 名		
主として担当する 医 師 の 経 歴		別紙のとおり

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。

年 月 日

医療機関の開設者  
住 所  
名称 (代表者名)  
又は 氏 名



東京都知事 殿

(備考) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。