

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書

（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者・指定 介護予防サービス事業者	名 称			
	主たる事務所の所在地		〒 ー 電話番号 ()	
	代 表 者	氏 名		
		住 所		
		生年月日		
職 名				
訪問看護ステーション等	名 称		(医療機関コード ー)	
	所 在 地		〒 ー 電話番号 ()	
	職員の定数の 変更の有無		有 ・ 無	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p>所在地 名 称</p> <p>堺 市 長 殿</p>				

注意 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更があった場合は、別紙を添付すること。