

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
 （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		(別紙)
<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）として指定されたく申請する。</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 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 訪問看護ステーションに従事する職員の定数を記載した書類
- (2) 欠格条項に該当しないことを誓約する書面