

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	株式会社〇〇		
	主たる事務所の所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	代 表 者	氏 名	〇〇 〇〇	
		住 所	堺市〇区〇〇町〇番〇号	
		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	職 名	代表取締役		
訪問看護ステーション等	名 称	〇〇訪問看護ステーション (医療機関コード〇〇-〇,〇〇〇,〇)		
	所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	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>令和〇年〇〇月〇〇日</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 堺市堺区南瓦町3番1号 名 称 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇</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