別紙様式１－（３）

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 |  |
| 代表者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 職名 |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | ［開設日：　　　　年　　月　　日］［医療機関コード（７桁）：　　　　　　　　］ |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　）［電話番号：　　　　　　　　　　］ |
| 職員の定数 | （別紙） |
| 　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）として指定を受けたいので、申請します。また、同法第５９条第３項において準用する同法第３６条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　名　称代表者　　　栃木県知事　様 |