

記載例

様式第12号（規格A4）（第12条関係）
（その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	医療法人〇〇〇会	法人事務所の所在地	
	主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
	代表者	住所	群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇	法人代表者の自宅住所
		氏名	理事長 群馬 太郎	
		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	職名	理事長 等		
	名称 (医療機関コード)	〇〇〇訪問看護ステーション (〇〇〇〇〇〇〇)		
訪問看護ステーション等	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇)	付番が済んでいないときは空欄	
	職員の定数	(別紙)		
<p>上記のとおり、障害者総合支援法第59条第1項の規定により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します。</p> <p>また、障害者総合支援法第59条第3項において準用する障害者総合支援法第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。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</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 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 名称 医療法人〇〇〇会 代表者 理事長 群馬 太郎 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)</p> <p>群馬県知事 あて</p>				

(別紙)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定
老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4
項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数
保健師 看護師 理学療法士	○名 ○名 ○名

備考 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載してください。