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 | |  |
| 主たる事務所の所在地 | | 〒　　　－  　　　（電話番号　　　－　　　－　　　） |
| 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  (医療機関コード) | | （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | | 〒　　　－  　　　（電話番号　　　－　　　－　　　　）  （E-mail　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職員の定数 | | （別紙） |
| 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。  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。  　　　　　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  （電話番号　　　－　　　－　　　　）  　　群馬県知事　あて | | | |

（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 |
|  |  |

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。