

第三号様式（第三条第三項）
（その二 精神通院医療用）

指定自立支援医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等用）

年 月 日

千葉県知事 様

指 定 訪 問 看 護 事 業 者
指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 者
所 在 地

名 称

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項に規定する指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けたいので、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施行規則第57条第3項の規定により、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

1 指定訪問看護事業者等

指定訪問看護事業者等の種別（ 指定居宅サービス事業者 ・ 指定訪問看護事業者 ）

名 称

主たる事務所の所在地

電話番号

代表者の住所

代表者の氏名

代表者の生年月日

代表者の職名

2 訪問看護ステーション等

名 称

郵便番号

所 在 地

電話番号

職員の定数（別紙）

注 指定訪問看護事業者等の種別の欄は、該当するものに○印を付けること。（両方の場合は無印）

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すること。