様式第２３号

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定更新申請書

(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 | | [訪問看護ステーションコード：　　　　　　　] | | |
| 所在地 | | 〒  [電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　] | | |
| 職員の定数の変更の有無 | | 有　・　無　　　※ | | |
| 上記のとおり，障害者総合支援法第６０条第１項の規定に基づき指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定の更新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（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。  　　　　年　　月　　日  　　　(宛先)  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 | | | | | |

　※「有」の場合には，様式15号付表の提出が必要です。