

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	株式会社〇〇			ビル名・階数(部屋番号)は省略せず記載してください。
	主たる事務所の所在地	〒123-4567 福岡市〇〇区〇〇1-2-3 〇〇ビル〇階 [電話番号: 123-456-7890]			
	代表者	住所	福岡市××区××4-5-6		
		氏名	福岡 太郎	職名	代表取締役
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			法人化していない場合は空欄にしてください。
訪問看護ステーション等	名称	〇〇訪問看護ステーション			
	所在地	〒012-3456 福岡市△△区△△7-8-9			
	電話番号	012. 345. 6	コードが未定の場合は空欄で構いません。 <u>※決定後、速やかに報告してください。</u>		
	訪問看護ステーションコード	123. 456. 7	職員の定数	(付表)	

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)の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(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。

申請日を記入してください

令和7年4月1日

福岡市長様

押印は不要です

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  
住所(法人の場合、主たる事業所の所在地)  
福岡市〇〇区〇〇1-2-3 〇〇ビル〇階  
氏名(法人の場合、名称及び代表者氏名)  
株式会社〇〇 代表取締役 福岡 太郎

(付表)

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。）若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数
職種ごとに常勤職員、非常勤職員の内訳がわかるように記載してください	
看護師	常勤○人 非常勤○人
准看護師	常勤○人 非常勤○人
理学療法士	常勤○人 非常勤○人
・ ・ ・	常勤換算で2.5人以上の配置が必要です
	常勤換算 計○人

(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。