様式第１５号

**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 |  | | 職名 |  | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | |  | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 訪問看護  ステーションコード | |  | 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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　福岡市長　　様  **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）    氏名（法人の場合、名称及び代表者氏名） | | | | | | | |

（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 |
|  |  |

　(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。