別記様式１－（３）　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細則　別記様式第８号

指定自立支援医療機関（　育成医療　・　更生医療）　指定　申請書

（　指定訪問看護事業者等　）

【指定希望日：　　　年　月　日】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | (〒 - ) |
| 代表者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 職名 |  |
| 訪問看護ステーション等  （本ステーション等を「事業所」とする健康保険法又は介護保険法に基づく指定通知（写）を添付してください。） | 名称 | | 【開設日：　　　年　月　日】 |
| 所在地 | | (〒 - ) |
| 職員の定数　　　（職種）　　　　　　（定数：人）  ※　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）  ※　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。 | | |
| 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（育成医療・更生医療）として指定を受けたいので、申請します。  　また、同条第３項において準用する同法第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  所在地　〒 -    名　称  代表者  　栃木県知事　様 | | | |

（問合せ先　℡　　　　　　　　　　　　：担当者名　　　　　　　（別紙添書等に記載がある場合は省略可。））

　　　　　　　　＜指定通知の送付先＞　　ステーション等　　開設者　　その他　（　　　　　　　　　　　　　　）

※　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

|  |
| --- |
| 【指定年月日について】  ●　当月20日までに申請書類を受け付けたものについては、原則として、翌月１日付けをもって指定します。  　（例）当所：5/20申請書類受付　→　6/1付けを以て指定  【新規開設に合わせての指定について】  　●　指定希望日（＝保険薬局又は訪問看護ステーション等の指定（厚生局）見込日）の前月20までに申請書類を提出してください。  　　（「保険薬局又は訪問看護ステーション等の指定」を見込んで、自立支援医療機関として指定します。）  ●　「指定希望日で保険薬局又は訪問看護ステーション等の指定を受けたこと」を事後確認させていただきますので、厚生局から指定通知が交付されましたら、速やかに、FAX等により「写し」を御提出願います。 |