

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）

開設者（法人）の情報	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	法人の名称			
		主たる事務所の所在地		〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇	法人の本社所在地			
		代 表 者	住	所	△△県△△市△△ △-△-△	代表者の自宅住所		
			氏	名	県庁 太郎			
			生	年	月		日	代表者の生年月日
			(元号) 〇年〇月〇日					
職	名	代表取締役						
事業所の情報	訪問看護ステーション等	名	称	訪問看護ステーション〇〇〇〇〇 [開設日： (元号) 〇年〇月〇日] [医療機関コード（7桁）： 〇〇〇〇〇〇〇]	提出時点で関東信越厚生局から付与されていない場合は、記載不要			
		所	在	地		(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇]		
		職 員 の 定 数		(別紙)				

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1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいのします。

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項各号（第1号から第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

(元号) 〇年〇月〇日

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 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇
名 称 株式会社〇〇
代表者 代表取締役 県庁 太郎

栃木県知事 様

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名