

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		
	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	[開設日： 年 月 日] [医療機関コード（7桁）：]	
	所 在 地	(〒 -) [電話番号：]	
	職 員 の 定 数	(別紙)	
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>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</p> <p>所在地 名 称 代表者</p> <p>栃木県知事 様</p>			