

様式第12号（規格A4）（第12条関係）
（その3）

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	
		生 年 月 日	
職 名			
訪問看護ステーション等	名 称 (医療機関コード)	()	
	所 在 地	〒 — (電話番号 — —) (E-mail)	
	職 員 の 定 数	(別紙)	
<p>上記のとおり、障害者総合支援法第59条第1項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。</p> <p>また、障害者総合支援法第59条第3項において準用する障害者総合支援法第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 (電話番号 — —)</p> <p>群馬県知事 あて</p>			

(別紙)

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。）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してください。