

記載例

様式第14号（規格A4）（第13条関係）
（その3）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）更新申請書
（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	医療法人〇〇会	法人事務所の所在地	
	主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
	代表者	住所	群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇	
		氏名	理事長 群馬 太郎	
		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
	職名	理事長 等		
訪問看護ステーション等	名称 (医療機関コード)	〇〇〇訪問看護ステーション (〇〇〇〇〇〇〇)		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇)		
	職員の定数の変更の有無	有 ・ 無		

上記のとおり、障害者総合支援法第60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）として更新されたく申請します。

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

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

法人事務所の所在地

所在地 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇
名称 医療法人〇〇〇〇会
代表者 理事長 群馬 太郎
(電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

群馬県知事 あて

(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
保健師 看護師 理学療法士	○名 ○名 ○名

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。