（その３）

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（事業所の名称） | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－（電話番号　　　－　　－　　　）（E-mail 　　　　 ） |
| 職員の定数 | （別紙） |
| 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（育成医療・更生医療）として指定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。　　　　　　年　　月　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（電話番号　　　－　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　群馬県知事　あて |

備考　育成医療又は更生医療の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してください。