

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（記載例）
（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	〇〇法人 〇〇会	
	主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市〇〇町△△1番1号 電話(〇〇〇)〇〇〇局〇〇〇〇番	
	代 表 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇〇 山口市〇〇町□□101号
		氏 名	山口 一郎
		生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日
職 名		理事長	
訪問看護ステーション等	名 称	〇〇訪問看護ステーション ※正式名称をご記入ください。	
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号 電話(〇〇〇) 〇〇〇局〇〇〇〇番	
	職 員 の 定 数	下記の【記載事項】	

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（平成17年法律第123号）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）として指定されたく申請する。
 また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。

令和〇年 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

申請日をご記入ください。

所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇〇
山口市〇〇町△△1番1号

名 称 〇〇法人〇〇会

代 表 者 理事長 山口 一郎

電 話(〇〇〇) 〇〇〇局〇〇〇〇番

申請担当者名 事務部 山口 花子

内容について、お問い合わせする場合があります。

山 口 県 知 事 様

【添付書類】「指定居宅介護サービス事業者の指定（指定更新）について」あるいは「指定訪問看護事業者指定通知」の写しを添付してください。押印は不要です。（個人事業者の指定申請書に「指定訪問看護事業者指定通知」の写しを添付してください。）

【記載事項】「指定訪問看護ステーション等」の写しを添付してください。定老人訪問看護サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護には指定介護予防サービス（介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数
看護師	〇人
作業療法士	△人

（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すること。