

(指定訪問看護事業者等)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定(指定更新)申請書

年 月 日

函館市長 様

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名
 電話 局 番

指定自立支援医療機関の指定(指定の更新)を受けたいので、次のとおり申請します。また、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号までおよび第7号を除く。)のいずれにも該当しないことを誓約します。

指定訪問看護事業者等	指定の種類			
	指定年月日	年 月 日		
	名称			
	主たる事務所の所在地			
	代表者	住所		
		氏名		
生年月日		年 月 日		
職名				
訪問看護ステーション等	名称			
	所在地	(電話 局 番)		
	職員の定数	職 種	常勤・非常勤の別	定 数

- 注 1 育成医療または更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない部分を二重線で消してください。
- 2 指定訪問看護事業者等の指定の種類欄は、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者または指定介護予防サービス事業者の別を記入してください。
- 3 訪問看護ステーション等の職員の定数欄は、訪問看護ステーション等において指定訪問看護もしくは指定老人訪問看護また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。)もしくは指定介護予防サービス(同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。)に従事する職員の定数について、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記入してください。