

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	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	年 月 日	職名			
訪 問 看 護 ステーション等	名 称					
	所 在 地		電話番号			
	職 員 の 定 数		別紙のとおり			
<p>（宛先）旭川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定（の変更）を受けたいので、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1項の規定により、申請します。</p> <p>なお、申請に当たっては、同法第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 style="text-align: center;">指定居宅サービス事業者                  指定訪問看護事業者                  住 所                  氏 名 又 は 名 称                  代 表 者</p>						

（注）指定の申請をする医療が、育成医療又は更生医療のいずれかであるときは、申請に係る医療を○で囲んでください。

別紙1

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

(注) 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。