

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。