

第20号様式（第7条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者	名 称		
	主たる事務所の所在地		〒
	電 話 番 号		
	指定訪問看護事業者	代 表 者	住 所
氏 名			
生 年 月 日			
職 名			
指定介護予防サービス事業者	名 称		
	所 在 地		〒
	電 話 番 号		
	職員の定数の変更の有無		有 ・ 無
保 険 医 療 機 関 コ ー ド			
<p>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第60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）の指定の更新を申請します。</p> <p>また、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>年 月 日</p> <p>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</p> <p>岐阜県知事 様</p>			

備考 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、（別紙）を添付すること。