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  指定訪問看護事業者  指定介護予防サービス事業者 | 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 |  |
| 職名 |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 電話番号 | |  |
| 職員の定数の変更の有無 | | 有　・　無 |
| 保険医療機関コード | | |  |
| 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。  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。  　　　　年　　月　　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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称  代表者  　岐阜県知事　様 | | | |

　 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。