

第3号様式一（2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定
（指定訪問看護事業者等用）

記載例

厚生局に申請中の場合は「申請中」と記載し、コードが発行されたら速やかに連絡すること。

訪問看護 ステーション等	名 称	〇〇訪問看護ステーション 訪問看護ステーションコード（〇〇〇〇〇（申請中））		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 小田原市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
	職員の定数	（別表）		
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	医療法人社団〇〇会		
	主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 鎌倉市〇〇町〇-〇-〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
	代 表 者	住 所	秦野市〇〇町〇-〇-〇	
		氏 名	〇〇 〇〇	
生年月日		〇年〇月〇日	職名	理事長

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（平成17年法律第123号）第59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）として指定されたいので申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。

〇年 〇月 〇日

提出日を記載すること。

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

（下記下線部に
（*）と同じ住所等を記載

所在地 鎌倉市〇〇町〇-〇-〇

名 称 医療法人社団〇〇会

代表者 理事長 〇〇 〇〇

開設者（*）と同じ内容とすること。

神奈川県知事 殿

●担当者連絡先 担当者□□ TEL：070-XXXX-XXXX

(別表)

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。）若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第 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

職 種	定 数
看護師	○人
理学療法士	○人
作業療法士	○人

（備考）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すること。