

第14号様式（第6条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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 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		（別紙）
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）の指定を申請します。</p> <p>また、同条第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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">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>			