

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所（所在地）
申請者
氏名（名称及び代表者氏名）

指定自立支援医療機関指定更新申請書(指定訪問看護事業者等)

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の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。
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項を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

指 定 訪問看護 事業者等	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					
	職員の定数の 変更の有無	有 ・ 無				

(備考) 「訪問看護ステーション等の職員の定数」において、直近の指定申請又は変更届出から変更があった場合は、別紙 1 3 を添付してください。

※申請内容のお問合せ先（必ず記入）
申請者又は担当者名 電話