

第3号様式(第2条関係)

年 月 日

(あて先)浜松市長

所在地  
申請者  
名称及び  
代表者氏名  
(署名又は記名押印をしてください。)

指定自立支援医療機関指定申請書(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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、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				
	担当者名			電話番号	
	代表者	住所			
氏名			生年月日	年 月 日	
職名					
担当しようとする自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療				
訪問看護ステーション等	名称				
	所在地				
	職員の定数	別紙13のとおり			