

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	〒				
	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	〒				
	電話番号					
	職員の定数	別紙13のとおり				

※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