

## 第3号様式(第2条関係)

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