

様式 1 2

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定（変更）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		
	職員の定数	様式 1 3	
<p>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（平成 17 年法律第 123 号）第 5 9 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）として指定（変更）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年            月            日</p> <p>(宛先) 岡 崎 市 長 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</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">担当者名 担当者連絡先 (            )            -</p>			

※更生医療又は育成医療単独で指定を希望する場合は、2箇所「(更生医療・育成医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線等で消去すること。