

様式 2 4

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定更新申請書
（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		
	職員の定数の変更の有無	有 ・ 無	
<p>上記のとおり、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 6 0 条第 1 項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更正医療）として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 条第 3 項（第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</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 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代表者</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 箇所の「(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。

※ 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、様式 1 3 を添付すること。