

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 所在地

名 称

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 5 9 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同条第 3 項において準用する同法第 3 6 条第 3 項各号 (第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。) のいずれにも該当しないことを誓約します。

指定居宅サービス事業者 ・ 指定訪問看護事業者 ※	名 称		
	主たる事務所の所在地		
	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	(電話番号)	
	職員の定数		

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を申請する場合は、この様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を申請しない医療の字句を二重線で消去してください。
- 2 ※の欄は、該当する項目に○印を付けてください。

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者は事業者

申請者 住 所 高松市番町一丁目8番15号

株式会社 ○○

氏 名 代表取締役 高松 さつき 

(法人にあっては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名)

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)

育成医療を申請しない場合、二線抹消

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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同条第3項において準用する同法第36条第3項各号(第1号から第3号まで及び第7号を除く。)のいずれにも該当しないことを誓約します。

指定居宅サービス事業者 ・ 指定訪問看護事業者 ※	名 称	株式会社 ○○	
	主たる事務所の所在地	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号	
	代 表 者	住 所	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号
		氏 名	高松 さつき
		生年月日	昭和○年○月○日
		職 名	代表取締役
訪問看護ステーション等	名 称	訪問看護ステーション ○○	
	所 在 地	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号 (電話番号) ○○○-○○○○	
	職員の定数	(別紙を使ってもよい。)	

注

- 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を申請する場合は、この様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を申請しない医療の字句を二重線で消去してください。
- ※の欄は、該当する項目に○印を付けてください。