

指定自立支援医療機関(精神通院医療)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	事業者名称	株式会社 ○○ (電話番号 078- ○○○-○○○○)								
	代表者	住所 神戸市中央区××町×丁目×番×号 氏名 神戸 太郎 生年月日 昭和××年×月×日 役職 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	〒 123-4567 TEL(078)●●●●-●●●●●● 神戸市北区●●●町●●丁目●●番●●号								
	職員の定数の変更有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無								
保険医療機関の指定年月日等	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	指定年月日	平成 28 年 4 月 1 日
<p>上記のとおり、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための規定に基づき指定自立支援医療機関(精神通院医療)としての指定を更新申請します。</p> <p>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号を除く)の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>令和4年○月○日</p> <p>神戸市長 宛</p> <p>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 (〒012-3456)</p> <p>所在地 神戸市中央区○○町○丁目○番○号 名称 株式会社 ○○ 代表者 代表取締役 神戸 太郎</p> <p>開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名 開設者が個人の場合は個人の住所・氏名を記入してください。</p> <p>保険医療機関としての当初指定日</p>										

- 備考 1 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の医療機関コードを記入すること。
- 2 下の項目において、既に指定を受けている(変更届けを提出している)内容に変更がある場合は、併せて変更届(様式第9号)の提出が必要です。
- ①訪問看護事業者、ステーション名称・所在地 ②開設者名称・所在地
- 3 職員の定数について変更がある場合は下欄に記入すること。

職 種	定 数
看護師	4名
理学療法士	3名

※「職員の定数」は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。