第３号様式

**指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書**

**（指定訪問看護事業者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 〒  電話番号　　　　－　　　　－ | | | | | | |
| 保険医療機関コード | |  |  |  |  |  |  |  |
| 職員の定数 | | 下欄１のとおり | | | | | | |
| 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５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいので、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。**  年　　月　　日  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  　　　 　名　称  　横　浜　市　長 | | | | | | | | | |

※　自立支援医療（更生医療・育成医療）の指定を受けていても、精神通院医療を取り扱うには、精神通院医療のための指定申請が必要となる。

**※　指定通知書（健康保険法又は介護保険法の規定による指定）の写を添付すること。**

（下欄１）　　訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は

指定居宅サービス（介護保険法第８条第４項に規定する訪問看護に限る。）若し

くは指定介護予防サービス（介護保険法第８条の２第４項に規定する介護予防

訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　　　　　種 | 定　　　　　　　　　数 |
| 保健師 |  |
| 看護師 |  |
| 理学療法士 |  |
| 作業療法士 |  |
|  |  |
|  |  |

（備考） 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。