

**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)

訪問看護ステーション等(事業所)	名称	あいち訪問看護ステーション ※正式名称をご記入ください		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町〇〇番地		
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(開設者)	名称	株式会社あいち		
	主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地		
開設代表者	氏名	あいち たろう	職名	生年月日
		愛知 太郎	代表取締役	昭和△△年△△月△△日
	住所	〒△△△-△△△△ △△県△△市△△町△△番地	7桁の指定事業者番号をご記入ください	
保険医療機関の指定年月日等	医療機関番号	1234567	指定年月日	令和〇〇年〇月〇日
	<p align="center">有効期間にご注意ください</p> <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第60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)として指定を更新されたく申請する。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 align="right">令和〇〇年〇月〇日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p align="right">届出日をご記入ください</p> <p>訪問看護事業者 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 名称 株式会社あいち 開設者(代表者) 代表取締役 愛知 太郎</p>			

備考 「訪問看護ステーション等(事業所)」は、必ず正式名称を記載すること。