

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	株式会社 ○○								
	主たる事務所の所在地	〒 012-3456 TEL(078)○○○-○○○○ 神戸市中央区○○町○丁目○番○号								
	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								
	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	〒 123-4567 TEL(078)●●●-●●●●● 神戸市北区●●町●丁目●番●号								
	職員の定数	職 種							定 数	
看護師								5 名		
	理学療法士							3 名		
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	令和4年4月1日
<p>上記のとおり、障がい者福祉法第119条第1項第1号に規定する指定自立支援医療機関(指定訪問看護事業者等)に指定を受けることとなる。また、同法第59条第1項第1号に規定する指定訪問看護事業者等として指定を受けることとなる。指定年月日は、指定を受ける日とする。指定を受ける日とは、指定を受ける事業者等が指定を受ける日である。指定を受ける日とは、指定を受ける事業者等が指定を受ける日である。指定を受ける日とは、指定を受ける事業者等が指定を受ける日である。</p>										
<p>神戸市長 宛</p> <p>訪問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</p> <p>所在地 神戸市中央区○○町○丁目○番○号</p> <p>名 称 株式会社 ○○</p> <p>代表者 代表取締役 神戸 太郎</p>										

保険医療機関指定申請中でコードが未定の場合は空欄で申請してください。コードが付与されしだいご連絡ください。

保険医療機関としての指定日です。保険医療機関指定申請中の場合は予定日を記入してください。

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。

- 備考 1 「職員の定数」は、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。)に従事する職員の定数を記載すること。また、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。
- 2 「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。