

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）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	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	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			
	職員の定数の変更の有無		有 ・ 無			

（宛先）旭川市長

年 月 日

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定の更新を受けたいので、障害者自立支援法第60条第1項の規定により、申請します。

なお、申請に当たっては、同法第59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
住 所
名 称
代 表 者

- （注）1 指定の申請をする医療が、育成医療又は更生医療のいずれかであるときは、申請に係る医療を○で囲んでください。
- 2 「職員の定数」について、直近の指定等の申請（変更の届出をした場合にあっては、当該届出）後に変更があったときは、変更の内容が分かるものを添付してください。