指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）

様式1-2

※「役員及び管理者の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問看護ステーション等 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　 電話　　　（　　　）　 |
| 　介護保険事業者番号 | **２** | **７** | **６** |  |  | **―** |  |  |  |  |  |
| 指定訪問看護事業者指定居宅サービス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　　　（　　　）　　　　　　　　　　　　 |
| 代　表　者 | 住　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）　　　　　　　　 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 職　名 |  |
|  | 職　名 | 氏名 |
| 管理者の職・氏名 |  |  |
| 役員の職・氏名 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　　年　　月日指定訪問看護事業者指定居宅サービス事業者指定介護予防サービス事業者　　　　　　　　　　　　法人の場合は所在地住　所法人の場合は名称及び代表者の職・氏名氏　名　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大阪府知事　様 |