

## 指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）

|  |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|--|---------------|-----|--|---|---|--|--|----|--|--|--|--|
| 訪問看護<br>ステーション等  | 名 称           |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  | 所在地           |     | 〒            —                                  電話                 (           ) |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  | 介護保険<br>事業者番号 |     | 2  | 7 | 6 |  |  | —  |  |  |  |  |
| 指定訪問看護事業者  | 名 称           |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  | 主たる事務所の所在地    |     | 〒            —                                  電話                 (           ) |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
| 指定居宅サービス事業者  | 代<br>表<br>者   | 住 所 | 〒            —                                  電話                 (           ) |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  |               | 氏 名 |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
| 指定介護予防サービス事業者  |               | 職 名 |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  |               |     | 職 名  |   |   |  |  | 氏名 |  |  |  |  |
| 管理者の職・氏名   |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
| 役員の職・氏名  |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
|  |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |
| <p>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）<br/>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。<br/>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。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p>指 定 訪 問 看 護 事 業 者<br/>指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 者<br/>指 定 介 護 予 防 サ ー ビ ス 事 業 者</p> <p style="margin-left: 40px;">住 所   〔   法人の場合は所在地   〕</p> <p style="margin-left: 40px;">氏 名   〔   法人の場合は名称及び代表者の職・氏名   〕</p> <p>大阪府知事   様</p> |               |     |  |   |   |  |  |    |  |  |  |  |

※「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