様式12

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）（記入例）

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	事業者名称	株式会社　〇〇 （電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇　）
	代表者	住所　兵庫県〇〇市〇〇町・・・ 氏名　〇〇　〇〇　　生年月日　昭和〇〇年〇月〇日 役職　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　〇〇
	所在地	〒　〇〇〇　－〇〇〇〇　　TEL（　〇〇〇　）〇〇〇－〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町・・・
	職員の定数の変更有無	有　・　無
保険医療機関の指定年月日等	医療機関コード	指定年月日　　年　月　日 保険医療機関としての指定日です。

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項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）としての指定を更新申請します。

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別紙様式4のとおり誓約する。

年　月　日
誓約書の日付と同じ

兵庫県知事　様

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
主たる事務所の所在地　（〒〇〇〇－〇〇〇〇）
兵庫県〇〇市〇〇町・・・

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。

名称　株式会社　〇〇
押印は不要

代表者の氏名　代表取締役　〇〇　〇〇
電話　（　〇〇〇　）　〇〇〇　―　〇〇〇〇
電子メール　@

電子メールの記載は任意

備考　1　「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。

2　次の項目において、既に指定を受けている内容に変更がある場合は、併せて変更届（様式17）の提出が必要です。

①訪問看護事業者、ステーション名称・所在地　②開設者名称・所在地

※医療機関ｺｰﾄﾞが変更となっている場合は廃止届および新コードでの新規申請書類一式が必要です。

3　職員の定数について変更がある場合は下欄に記入すること。

職　種	定　数
看護師	〇名
理学療法士	〇名

※「職員の定数」は、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。