

変更の有無にかかわらず、  
全ての欄に記載してください。

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書  
(指定訪問看護事業者等)

|   |               |                                  |
|---|---------------|----------------------------------|
| 指定居宅サービス事業者・<br>指定訪問看護事業者・<br>指定介護予防サービス事業者   | 名 称           | 医療法人〇〇会                          |
|   | 主たる事務所の所在地    | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>奈良市〇〇町〇〇番地          |
|   | 医 療 機 関 コ ー ド |                                  |
|   | 電 話 F A X 番 号 | 電話<br>FAX                        |
|   | 代 表 者         | 住 所<br>〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>大和高田市〇〇町〇〇番地 |
|   | 氏 名           | 甲野 一郎                            |
|   | 生 年 月 日       | 昭 〇 〇 〇 〇 〇 〇                    |
|   | 職 名           | 理事長                              |
| 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<br>奈良市〇〇町〇〇番地          |
|   | 医 療 機 関 コ ー ド | 〇〇〇,〇〇〇,〇                        |
|   | 電 話 F A X 番 号 | 電話<br>FAX                        |
|   | 職 員 の 定 数     | (別紙1)                            |
| 役 員 の 氏 名 、 生 年 月 日 及 び 住 所   |               | (別紙2)                            |
| 指 定 医 療 機 関 の 休 止 、 廃 止 、 再 開   |               | 「休止」or「廃止」or「再開」or 空欄            |
| 健 康 保 険 法 及 び 介 護 保 険 法 に 規 定 す る 処 分   |               | 実際に変更した年月日                       |
| 変 更 年 月 日   |               | 平成〇年〇月〇日                         |
| <p>上記のとおり、変更した事項について、届出する。<br/>また、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(平成17年法律第123号)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誓約する。</p> <p>申請年月日<br/>平成26年 〇月 〇日</p> <p>指定居宅サービス事業者<br/>指定訪問看護事業者<br/>指定介護予防サービス事業者<br/>所在地 奈良市〇〇町〇〇番地<br/>名 称 医療法人〇〇会<br/>代表者 理事長 〇〇 〇〇</p> <p>奈良県知事 殿</p> <p>法人の場合は法人の住所+法人名称+代表者の職名・氏名</p> |               |                                  |

法人の場合は法人名称

法人の場合は法人住所

法人の場合は代表者の氏名

印

(別紙1) 【記載例】

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。)若しくは指定介護予防サービス(介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

| 職 種   | 定 数        |
|-------|------------|
| 保健師   | 常勤○名 非常勤○名 |
| 看護師   | 常勤○名 非常勤○名 |
| 理学療法士 | 常勤○名 非常勤○名 |
| 作業療法士 | 常勤○名 非常勤○名 |
| 言語聴覚士 | 常勤○名 非常勤○名 |

(備考) 職員の定数は、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。

常勤換算2.5人以上、うち1名の常勤が条件となりますので、  
職種ごとに常勤○名、非常勤○名と記載してください。



(誓約項目)

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)の規定関係

1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1)指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2)指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人(事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又はその申出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。