

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

申請の種別	1 病院又は診療所 2 薬局 3 指定訪問看護事業所		
医療機関等	名 称		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
	医療機関等コード		
開設者 (法人名)	住所又は所在地	〒	
	氏名又は名称		
標ぼうしている診療科名			
指定訪問看護事業者指定年月日	健康保険	年	月 日
役員の職名及び氏名	職 名	氏 名	
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の申請をします。なお、同条第2項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所（法人にあつては所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>（宛先）</p> <p>大津市長</p>			

注1 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあつては医療機関コード、薬局の場合にあつては薬局コード、訪問看護事業所の場合にあつては訪問看護ステーションコードを記入してください。

2 標ぼうしている診療科名欄は病院又は診療所のみが小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を、指定訪問看護事業者指定年月日欄は訪問看護事業者のみ記入してください。

3 役員の職名及び氏名欄は、開設者が法人の場合のみ記入し、欄が不足するときは、「別添のとおり」と記入し、役員名簿（様式任意）を添付してください。