

記載例

指定小児慢性特定疾病医療機関指定

「病院・診療所」は1
 「歯科」は3
 「薬局」は4
 「訪問看護事業者」は6

該当するものに○をつけてください。

保険医療機関（病院・診療所）

保険薬局

指定訪問看護事業者

保険医療機関・ 保険薬局・ 指定訪問看護事業者	医療機関コード	2	1																	
	名称	〇〇病院																		
	所在地	〒500-0000 岐阜市〇〇町△丁目△																		
	電話番号	058-111-1111																		

保健医療機関指定通知書に記載されている「医療機関コード」、「名称」、「所在地」

標ぼうしている診療科名 (保険医療機関のみ記載すること。)	小児科、内科
----------------------------------	--------

開設者等	氏名(名称)	医療法人 〇〇																		
	住所(所在地) (指定訪問看護事業者 にあつては、主たる事 務所の所在地を記載す ること。)	〒500-0000 岐阜市〇〇町△丁目△																		
	代表者 (指定訪問看護 事業者のみ 記載するこ と。)	氏名																		
		住所	〒 ー																	

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(同法第19条の10第1項の規定による指定の更新)を申請します。
 また、同法第19条の9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。

年 月 日

申請書の裏面をご確認ください。

開設者等

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)
 岐阜市〇〇町△丁目△
 氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)
 医療法人 〇〇

申請者=開設者となります。
 申請者が法人の場合は事務所の所在地及び法人名と代表者の職・氏名を記入。個人の場合は住所・氏名を記入。
 氏名は自署又は記名押印。

備考

- 1 開設者等が法人であるときは、裏面に役員の職名及び氏名を記載してください。
- 2 保険医療機関指定通知書、保険薬局指定通知書又は指定訪問看護事業者指定通知書の写しを添付してください。
- 3 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜別紙によることとし、又は用紙の枚数を増加し、この様式に準じた申請書を作成してください。

