

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書 (病院・診療所)

保険医療機関	名称	医療法人〇〇会 〇〇病院
	所在地	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地
	電話番号	088-823-〇〇〇〇
	医療機関コード	3900000000
開設者	住所	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 理事長 高知 太郎
標榜している診療科名		〇〇科、〇〇科、△△科

上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）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として指定を受けたいので申請します。

また、同法第19条の9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。

年 月 日

開設者

住所

(法人にあつては所在地)

氏名

(法人にあつては名称及び代表者氏名)

高知市長様

申請書の裏面をご確認ください。

印

開設者の印を押印ください。

※開設者が法人等の場合は裏面の役員名簿が必要です。(欄が足りない場合は別紙を作成し添付してください。)

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書（薬局）

保 険 薬 局	名 称	〇〇薬局 〇〇店
	所 在 地	〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地
	電 話 番 号	088-823-〇〇〇〇
	薬 局 コード	3940000000
開 設 者	住 所	高知市〇〇町〇丁目〇番地
	氏名又は名称	有限会社〇〇会 代表取締役 高知 太郎

上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）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として指定を受けたいので申請します。

また、同法第19条の9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。

年 月 日

申請書の裏面をご確認ください。

開 設 者

住所

(法人にあっては所在地)

氏名

(法人にあっては名称及び代表者氏名)

印

開設者の印を押印ください。

高 知 市 長 様

※開設者が法人等の場合は裏面の役員名簿が必要です。(欄が足りない場合は別紙を作成し添付してください。)

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書（指定訪問看護事業者）

指定訪問看護事業者	名 称	株式会社 ○○
	主たる事務所の所在地	〒780-0000 高知市○○町○丁目○番地
	電話番号	088-823-0000
	代 表 者	住 所 高知市○○町○丁目○番地 氏 名 代表取締役 高知 三郎
指定訪問看護事業者 指 定 年 月 日	健康保険	平成□□年□月□日
	介護保険	平成□□年□月□日
訪問看護ステーション	名 称	訪問看護ステーション □□□
	所 在 地	〒780-0000 高知市○○町○丁目○番地
	電話番号	088-823-0000
	訪問看護 ステーションコード [※]	3960000000
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）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として指定を受けたいので申請します。</p> <p>また、同法第19条の9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>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 所在地 名 称 代 表 者</p> <p>高 知 市 長 様</p>		
		申請書の裏面をご確認ください。
		事業者の印を押印ください。
		印

※開設者が法人等の場合は裏面の役員名簿が必要です。（欄が足りない場合は別紙を作成し添付してください。）