

様式第1号

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

機関の種別 (いずれかに○)	1 病院・診療所 2 薬局 3 指定訪問看護事業者	
保険医療機関等	名称 ※1 <small>ふりがな</small>	〇〇病院 <small>びょういん</small>
	所在地	〒XXX-XXXX 倉敷市●●●1234-56 Tel (086-XXX-XXXX)
	コード ※2	000000000
開設者 (代表者)	住所 <small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small>	〒XXX-XXXX 倉敷市●●●1234-56 Tel (086-XXX-XXXX)
	氏名 <small>(法人にあっては名称)</small>	医療法人□□会
	代表者住所 <small>(訪問看護事業者のみ記載)</small>	〒
	氏名	
標ぼうしている診療科名 ※3 <small>(病院・診療所のみ記載)</small>	▲▲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項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を申請します。 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。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 開設者 住所 倉敷市●●●1234-56 <small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small> 氏名 医療法人□□会 理事長 ▲▲ ▲▲ <small>(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</small> 倉敷市長 あて		

※1 保険医療機関等の名称は、正式名称を記載すること。

※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記載すること。

※3 標ぼうしている診療科名が多数ある医療機関については、小児慢性特定疾病医療支援に主に関係する診療科名のみ記載で差し支えないこととする。

(添付書類) 役員名簿 (開設者が法人の場合のみ添付)