

指定小児慢性特定疾病医療機関指定更新申請書

令和 年 月 日

(あて先) 横須賀市長 様

申請者 (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)

下記のとおり、児童福祉法 (昭和 22 年法律第 164 号) 第 19 条の 10 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更新され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。

保険医療機関等	該当するものに○をつけてください。	
	病院・診療所	薬 局
	訪問看護事業者 ※ 1	
	ふりがな 名 称	
	所 在 地	〒 Tel ()
医療機関コード ※ 2		
開 設 者	氏名又は名称 ※ 3	
	住所又は所在地 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)	
	代 表 者 (訪問看護事業者のみ記載)	住所 氏名
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		
事 務 担 当 者		

- ※ 1 訪問看護事業者は、健康保険法の規定による訪問看護ステーション指定通知書の写しを添付すること。
- ※ 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、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 開設者が法人のときは、裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

