

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

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
保険医療機関等	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			
	医療機関コード ※1			
開設者	住所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)		〒	
	氏名又は名称			
	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 (本申請書についての事務担当者を記載)				
<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の指定を申請します。</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 style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p>(宛先) 川崎市長</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">開設者</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">住 所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏 名</p>				

※1 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  
 開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

