

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、その下に記載の番号の欄を記入してください。		病院・診療所 (①②④⑤⑥を記載)	保険薬局 (①②⑤⑥を記載)	訪問看護事業者 (①③⑤⑥を記載)
①	病院・診療所 保険薬局 訪問看護ステーション	名称		
		所在地	〒	
		電話番号		
		メールアドレス		
		医療機関コード		
②	病院・診療所 保険薬局	開設者	住所	〒
			氏名又は名称	
③	訪問看護事業者	名称		
		主たる事務所の所在地		〒
		代表者	住所	〒
			氏名	
④	標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)			
⑤	<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>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所（法人にあっては所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p>鹿児島県知事 殿</p>			
⑥	担当部署		担当者名	

※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。

※指定を行った医療機関等の名称、所在地等は、鹿児島県ホームページへの掲載等により公示します。

※メールアドレスについては、小児慢性特定疾病医療費助成に係る情報提供及び事務連絡に使用します。

