

（表面）

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書（薬局）

保険 医療機関	名称	☐	〇〇薬局 △△店
	所在地	☐	〒573-●●●●● 枚方市〇〇△丁目〇番×号
	医療機関コード		24△△△△△
開設者	住所	☐	〇〇市××△丁目×番△号
	氏名又は 名称	☐	株式会社〇〇 代表取締役 大阪 太朗
役員の氏名及び職名		☒	裏面に記入

直近の指定の申請（変更届出を含む。）から、医療機関コードの変更がある場合は、更新申請書ではなく、【休止等届】及び【指定申請書】の提出が必要です。

上記のとおり、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の 10 第 1 項の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更新を申請します。
また、同法第 19 条の 9 第 2 項各号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（法人にあっては、所在地）
〇〇市××△丁目×番△号
氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）
株式会社〇〇
代表取締役 大阪 太朗

（宛先）枚方市長

署名または押印をお願いします。

直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更がある事項に☑を付し、変更後の内容を記入してください。また、別紙【変更届出書】等の提出が必要です。

※直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更がある事項に☑を付し、その内容を記入すること。

(裏面)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ 株式会社〇〇代表取締役 大阪 太郎 ）

[illegible]