

(表面)

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書（病院・診療所）

名称	医療法人〇〇会 △〇クリニック	
所在地	〒573-□□〇〇 枚方市□町〇〇丁目□□番〇号	
電話番号	072-〇〇〇-△△△△	
医療機関コード	240〇〇〇〇〇	
開設者	住所	枚方市□町〇〇丁目□□番〇号
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 △〇クリニック
標榜している診療科名	小児科	

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 項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を申請します。

申請する医療機関は、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 3 項第 1 号に規定する保険医療機関です。

また、児童福祉法第 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。

令和〇年 □月 △日

開設者

住所（法人にあっては、所在地）

枚方市□町〇〇丁目□□番〇号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

医療法人〇〇会 △〇クリニック

理事長 枚方 太郎

（宛先）枚方市長

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。

署名または押印をお願いします。

