

(表面)

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書（指定訪問看護事業者）

名称	訪問看護ステーション ○○○	
所在地	〒573-○○○○ 枚方市○○1丁目△△番××号	
電話番号	072-△△△-□□□□	
医療機関コード	○○○○○○○	
指定訪問 看護事業者	主たる事業所の所在地	大阪市△△2丁目○番○○号
	名称	△△△△株式会社
	代表者住所	大阪市△△3丁目××番□号
	代表者氏名	○○ 花子

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88条第1項に規定する指定訪問看護事業者です。

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○年 ○月 ×日

指定訪問看護事業者
住所（法人にあっては、所在地）
○○市△△2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
代表取締役 ○○ 花子

（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。

