

（表面）

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書（薬局）

|         |                           |                    |
|---------|---------------------------|--------------------|
| 名称      | 〇〇薬局 △△店                  |                    |
| 所在地     | 〒573-●●●●<br>枚方市〇〇△丁目〇番×号 |                    |
| 電話番号    | 072-△〇△-□□〇〇              |                    |
| 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 太郎 |

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 号に規定する保険薬局です。

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 〇〇月 〇日

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。

(裏面)

## 役員名簿

[illegible]

記載欄が足りない場合は、別紙により役員名簿を添付すること。