

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関指定申請書

年 月 日

滋賀県知事

殿

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____ 印
(法人の場合は名称および代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による医療機関として指定されたく申請します。

なお、指定の上は、同法の定めるところに従って医療を行います。

記

医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒 _____ 電話 _____ -----
診療科目	
区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤
指定希望年月日	年 月 日
医療機関コード	_____, _____, _____ (7桁)

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関指定申請書
(介護老人保健施設用)

平成 年 月 日

滋賀県知事 様

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____ 印
(法人の場合は名称および代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 1 9 条の規定による医療機関として指定されたく申請します。

記

施設名									
施設所在地	〒 _____ 電話 _____								
施設管理者氏名									
施設管理者住所									
指定希望年月日	平成 年 月 日								
介護保険法施行法第 8 条の規定により、介護老人保健施設となるか。	なる・ならない								
介護保険法第 7 2 条の規定により、居宅サービス（短期入所療養介護、通所リハビリテーション）を提供する事業者となるか。	なる・ならない								
事業所番号	2	5	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	(8桁)