

指定医療機関指定申請書

申請の種別	1 病院または診療所 2 薬局 3 指定訪問看護事業所等		
医療機関等	名 称		
	所在地	〒	
	電話番号		
	医療機関等コード		
開設者 (法人名)	住所または所在地	〒	
	氏名または名称		
標ぼうしている診療科名			
指定訪問看護事業者等指定年月日	健康保険	年	月 日
	介護保険	年	月 日
役員の職名および氏名	職 名	氏 名	
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による指定医療機関の指定の申請をします。なお、同条第2項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住所（法人にあっては所在地） 氏名（法人にあっては名称および代表者氏名）</p> <p>(宛先) 滋賀県知事</p>			

注1 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合にあっては薬局コード、訪問看護事業所等の場合にあっては訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記入してください。

2 標ぼうしている診療科名欄は病院または診療所のみが特定医療に主に関係する診療科名を、指定訪問看護事業者等指定年月日欄は訪問看護事業者等のみ記入してください。

3 役員の職名および氏名欄は、開設者が法人の場合のみ記入し、欄が不足するときは、「別添のとおり」と記入し、役員名簿（様式任意）を添付してください。