

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書（訪問看護ステーション）

名 称		
所在地	〒 -	
電話番号		
医療機関コード		
指定訪問 看護事業者	主たる事務所の 所在地	〒 -
	名 称	
	代表者住所	〒 -
	代表者氏名	
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和 2 2 年法律第 1 6 4 号）第 1 9 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。</p> <p>申請する医療機関は、健康保険法（大正 1 1 年法律第 7 0 号）第 8 8 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者です。</p> <p>また、児童福祉法第 1 9 条の 9 第 2 項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>指定訪問看護事業者 住所（法人にあっては所在地） 〒 -</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>大阪市長 あて</p>		

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。

