

様式第5号の2の21その2（第6条の2の13関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（薬局用）

申請の種別（いずれかに○）		新規 ・ 更新	
保険薬局	医療機関コード		指定医療機関番号
	名称		
	所在地	〒 電話番号	
開設者	居住地（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	〒 電話番号	
	氏名（法人にあっては、その名称）		
役員の氏名及び職名		別紙「役員の氏名及び職名一覧」のとおり	
<p>上記のとおり、指定小児慢性特定疾病医療機関として指定を受けたいので、児童福祉法第19条の9第1項の規定により申請します。</p> <p>また、同条第2項各号に該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名（法人にあっては、その名称及び代表者の氏名）</p> <p>（宛先） 静岡市長</p>			

（注） 保険薬局の名称欄には、健康保険法に基づき指定を受けた医療機関の名称を記載してください。