

様式第5号の2の21その3（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（訪問看護事業者用）

申請の種別（いずれかに○）		新規 ・ 更新	
訪問看護ステーション	医療機関コード		指定医療機関番号
	名称		
	所在地	〒	電話番号
指定訪問看護事業者	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）		
	代表者氏名		
	代表者居住地	〒	
役員の名簿及び職名		別紙「役員の名簿及び職名一覧」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>申請者の名称及び代表者の氏名</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>			

(注) 訪問看護ステーションの名称欄には、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。