

様式第5号の2の21その1（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（病院又は診療所用）

申請の種別（いずれかに○）		新規 ・ 更新	
保険 医療 機関	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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	〒	電話番号
	氏名（法人にあつては、その名称）		
標ぼうしている診療科名			
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>申請者の名称及び代表者の氏名</p> <p>（宛先） 静岡市長</p>			

（注） 保険医療機関の名称欄には、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。