様式１－（１）

記載例（薬局も同様です。）

指定医療機関指定申請書（病院又は診療所）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | ○○医院 | | |
| 所在地 | ○○市○○町○丁目○ | | |
| 医療機関ｺｰﾄﾞ | ○○○○○○○　※７桁の番号を記載してください。 | | |
| 開　設　者 | 住所 | ●●市●●町●丁目●  開設者が個人の場合は個人名を記載してください。 | | |
| 氏名又は名称 | ●●法人●●会　●●長　●●　●● | | |
| 生年月日 | 昭和●●年●月●日 | 職名 | ●●長 |
| 標榜している診療科目 | | □□科、□□科、□□科 | | |
| 役員の氏名及び職名 | | （別紙１） | | |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）　　第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。  　また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　住所　●●市●●町●丁目●  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　●●法人●●会  ●●長　●●　●●  　福島県知事　様 | | | | | |

様式１－（３）

記載例

指定医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定訪問看護事業者  指定居宅サービス事業者  指定介護予防サービス事業者 | 名称 | | ●●法人●●会 |
| 主たる事務所の所在地 | | ●●市●●町●丁目● |
| 代表者 | 住所 | △△市△△町△丁目△ |
| 氏名 | ●●　●● |
| 生年月日 | 昭和●●年●月●日 |
| 職名 | ●●長 |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | | ○○訪問看護ステーション |
| 所在地 | | ○○市○○町○丁目○ |
| 役員の氏名及び職名 | （別紙１） | | |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は介護保険事業者番号 | ○○○○○○○ | | |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）　　　第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。  　また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　指定訪問看護事業者  　　　　　　　　　　　　　　　　指定居宅サービス事業者  　　　　　　　　　　　　　　　　指定介護予防サービス事業者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　●●市●●町●丁目●  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　●●法人●●会  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　●●長　●●　●●  　福島県知事　様 | | | | |

記載例

（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　●●法人●●会　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
| ■■　■■ | 理事長  役員としての職名を記載してください。 |
| ■■　■■ | 理事 |
| ■■　■■ | 理事 |
| ■■　■■ | 理事 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |