

第7号様式（第5条関係）

（その1）病院又は診療所の場合

年 月 日

（あて先）八戸市長

病院又は診療所の名称

申請者

開設者氏名

（法人にあつては、名称及び代表者氏名）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

指定小児慢性特定疾病医療機関の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、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

病院又は 診療所	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
	保険医療機関に係る 医療機関コード			
標ぼうしている診療科名				
開 設 者	住 所	〒		
	氏名又は名称			
	生年月日(個人の場合)			
	役員の職名及び氏名 (法人の場合)	職 名	氏 名	

注 「役員の職名及び氏名」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

(その2) 薬局の場合

年 月 日

(あて先) 八戸市長

薬局の名称
申請者
開設者氏名
(法人にあっては、名称及び代表者氏名)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

指定小児慢性特定疾病医療機関の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、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

薬 局	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
	保 険 薬 局 に 係 る 薬 局 コ ー ド			
開 設 者	住 所	〒		
	氏 名 又 は 名 称			
	生 年 月 日 (個 人 の 場 合)			
	役 員 の 職 名 及 び 氏 名 (法 人 の 場 合)	職 名	氏 名	

注 「役員の職名及び氏名」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

(その3) 指定訪問看護事業者の場合

年 月 日

(あて先) 八戸市長

指定訪問看護事業者の名称
申請者
代表者の氏名

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

指定小児慢性特定疾病医療機関の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、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

事業所	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			
指定訪問看護事業者	名称			
	主たる事務所の所在地	〒		
	電話番号			
	代表者	住所	〒	
		氏名		
		生年月日		
	役員の職名及び氏名	職名	氏名	
指定訪問看護事業者 指定年月日	健康保険	年 月 日		
	介護保険	年 月 日		

注1 「役員の職名及び氏名」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

2 「指定訪問看護事業者指定年月日」の欄中、「健康保険」の項目には健康保険法に基づく指定訪問看護事業者の指定年月日を、「介護保険」の項目には介護保険法に基づいて訪問看護事業を行う事業者の指定を受けたことにより健康保険法による訪問看護事業者とみなされた場合における当該介護保険法に基づく事業者の指定年月日(直近のもの)を記入すること。