|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関指定申請書（新規・更新） | | | | |
| （宛先）新潟市長  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）    下記のとおり，難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第１項・第１５条第１項の規定により指定医療機関の指定・指定の更新を受けたいので申請します。  なお，申請にあたり，役員を含め，裏面に掲げる難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第２項各号の規定に該当しないことを誓約します。 | | | | |
| 記 | | | | |
| 申請の種別  （いずれかに○） | １　保険医療機関（病院又は診療所）　２　保険薬局　３　指定訪問看護事業者等 | | | |
| 保険医療機関等 | 名称 | |  | |
| 所在地 | | 郵便番号 | |
| 電話番号 | |  | |
| コード※１ | |  | |
| 開設者  （代表者） | 住所又は所在地（主たる事務所の所在地） | |  | |
| 氏名又は名称（法人にあっては名称及び代表者氏名） | |  | |
| 標ぼうしている診療科名  （病院又は診療所のみ記載） | | |  | |
| 指定訪問看護事業者指定年月日（訪問看護事業者のみ記載） | | 健康保険 | 年　　　月　　　日 | |
| 介護保険 | 年　　　月　　　日 | |
| 役員の職名及び氏名  （開設者が法人の場合のみ記載）※２ | | | 職　名 | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ※１　保険医療機関の場合は医療機関コード，保険薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。  ※２　記載欄が不足する場合は，「別添のとおり」と記載し，役員名簿の写しを添付してください。 | | | | |