|  |
| --- |
| 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。 |