

記載例

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書
(指定訪問看護事業者)

指定訪問看護事業者	名称	株式会社〇〇〇	
	主たる事務所の所在地	〒810-0001 福岡市中央区天神×番×号	
	住所	福岡市早良区西新×番×号	
	代表者	氏名	△△ △△
訪問看護ステーション	名称	〇〇〇訪問看護ステーション	
	所在地	〒816-0804 春日市原町×丁目×番地 (電話番号：092-×××-××××)	
役員の氏名及び職名	(別紙1)		
訪問看護ステーションコード	××××××××		

健康保険法による指定を受けた指定訪問看護事業者について記載

福岡県の管轄地域（北九州市、福岡市及び久留米市を除く）の訪問看護ステーションの名称等を記載。

保険医療機関コードを記載ください。

上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関として指定されたく申請する。
また、同法第19条の9第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。

申請書の裏面をご覧ください。

平成××年×月××日

一致します

所在地 福岡市中央区天神×番×号
名称 株式会社〇〇〇
代表者 △△ △△

印

事業者が法人の場合は法人印を押してください。

福岡県知事 殿