様式第１号　　　　　　　　　　　　（表面）

指定医療機関指定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分※１ | | １病院・診療所　２薬局  ３指定訪問看護事業者等（下の該当するものに○）  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 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒  さいたま市 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | |
| コード※２ | | １ | １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者・  事業者の代表者 | 開設者種別 | １個人　２法人 | | | | | | | | | |
| 住所 | ※法人の場合は法人所在地 | | | | | | | | | |
| 職名及び氏名 |  | | | | | | | | | |
| 法人名 | ※法人の場合のみ記入 | | | | | | | | | |
| 標榜している診療科目※３ | |  | | | | | | | | | |
| 送付先 | | １所在地（指定訪問看護事業者等にあっては法人所在地）のとおり  ２裏面の送付先のとおり | | | | | | | | | |
| 開設年月日※新規開設の場合のみ記入 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 希望指定年月日  ※新規開設で開設年月日以降の申請の場合かつ希望する場合のみ記入 | | □開設年月日と同日を希望する  やむを得ない理由により、上記開設年月日から１か月を超えて申請する場合は下記に☑してください。  □医療機関のコードの発行を待って申請したため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 役員の氏名及び職名 | | □裏面又は別紙のとおり | | | | | | | | | |
| 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する。  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する。  年　　月　　日  開設者・事業者の代表者※４  住所  　　　　　　　　　　　　氏名又は名称  （あて先）さいたま市長 | | | | | | | | | | | |

（裏面）

※１　介護医療院は「区分」が１「病院・診療所」、「標榜している診療科目」に「介護医療院」と記載すること。

※２　「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、介護医療院及び指定訪問看護事業者等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すること。

※３　「標榜している診療科目」は「区分」が１に該当する場合のみ記入すること。

※４　「開設者・事業者の代表者」について、介護医療院及び指定訪問看護事業者等にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者等の代表者の住所及び氏名を記入すること。

送付先（所在地（指定訪問看護事業者等にあっては法人所在地）以外に送付希望の場合のみ記入）

|  |
| --- |
| 〒 |

役員の氏名及び職名

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 役職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

記載欄が足りない場合や、既に作成済みの名簿がある場合は別紙により役員名簿を添付すること。