

# 記入例

様式1-(1)

## 指定医療機関指定申請書（病院又は診療所）

保険医療機関	フリガナ	必ず記入をお願いします。		
	名称	〇〇法人△△△クリニック		
	所在地	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町〇〇-〇 TEL(099-〇〇〇-〇〇〇)		
	医療機関コード	医療機関コード(7桁)を記入してください。 〇〇, 〇〇〇, 〇〇		
開設者	住所	〒890-0065 鹿児島市郡元〇-〇〇 法人の場合は、法人名及び代表者名を記入してください。		
	氏名又は名称	医療法人〇〇 □□ □□□		
	生年月日	SOO. OO.OO	職名	理事長
	診療科目	内科, 神経内科 標榜している診療科目を全て記入してください。		
役員の氏名及び職名		(別紙1) ※法人の場合の		
<p>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。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>開設者 □□ □□□ 住所 鹿児島市郡元〇-〇〇 氏名又は名称 医療法人〇〇</p>				
鹿児島県知事 殿		開設者が個人の場合：開設者の住所・氏名 開設者が法人等の場合：会社の所在地、代表者氏名を記入してください。		
担当部署	〇〇〇課	担当者名	□□□ □□	
電話番号	099-286-〇〇〇〇	FAX番号	099-286-〇〇〇〇	

問合せに対応して頂ける担当者名、連絡先等を記入してください。

記入例

指定医療機関指定申請書（薬局）

保 険 薬 局	フリガナ	必ず記入をお願いします。		
	名 称	〇〇薬局 △△支店		
	所 在 地	〒 890-0064 鹿児島市鴨池新町〇〇-〇-〇〇 TEL ( )		
	薬 局 コード	薬局コード（7桁）を記入してください。 〇〇, 〇〇〇, 〇〇		
開 設 者	住 所	〒 890-0065 鹿児島市郡元〇-〇〇 法人の場合は、法人名及び代表者名を記入してください。		
	氏名又は名称	株式会社△△ □□ □□□		
	生 年 月 日	S〇〇. 〇〇. 〇〇	職 名	代表取締役
役員の氏名及び職名		法人の場合は、代表者の生年月日、職名を記入してください。		
<p>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。</p> <p>令和〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 □□ □□□ 住 所 鹿児島市郡元〇-〇〇 氏名又は名称 株式会社△△</p>				
鹿児島県知事 殿	開設者が個人の場合：開設者の住所・氏名 開設者が法人等の場合：会社の所在地、代表者氏名を記入してください。			
担 当 部 署	〇〇〇課	担 当 者 名	□□□ □□	
電 話 番 号	099-286-〇〇〇〇	FAX 番 号	099-286-〇〇〇〇	

問合せに対応して頂ける担当者名、連絡先等を記入してください。

## 記入例

様式 1 - (3)

指定医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等）

	フリガナ	必ず記入をお願いします。		
訪問看護ステーション等	名 称	訪問看護ステーション △△△△		
	所 在 地	〒 890-0064 鹿児島市鴨池新町〇〇-〇 TEL (            -            )		
訪問看護ステーションコード 又は介護保険事業者番号		〇〇, 〇〇〇, 〇〇		
訪問看護ステーションコード（7桁）を記入してください。				
・ 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	株式会社 〇〇〇〇            △		
	主たる事業所の所在地	890-0064 鹿児島市鴨池新町〇〇-〇		
	代 表 者	住 所	〒 890-0065 鹿児島市郡元〇-〇〇	
		氏 名	□□ □□□	
生年月日		S〇〇. 〇〇. 〇〇		
	職 名	代表取締役		
役員 の 氏 名 及 び 職 名		（別紙1）※法人の場合のみ提出		
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				
令和〇年 〇月 〇日		開設者が個人の場合：開設者の住所・氏名 開設者が法人等の場合：会社の所在地、代表者氏名 を記入してください。		
指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者 所 在 地 鹿児島市郡元〇-〇〇 名 称 医療法人〇〇 代 表 者 □□ □□□				
鹿児島県知事 殿				
担 当 部 署	〇〇〇課	担 当 者 名	□□□ □□	
電 話 番 号	099-286-〇〇〇〇	F A X 番 号	099-286-〇〇〇〇	

問合せに対応して頂ける担当者名、連絡先等を記入してください。

## 記入例

(別紙1)

### 役員の氏名及び職名

申請者(法人)名 (            ○○○○            )

氏            名	職            名
□□ □□□	理事長
□□ ○○○	理事
△△△ ◇◇◇	理事
○○ ■■■■	幹事
<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffffcc; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>法人の場合、役員（理事、監事、取締役）の氏名及び職名を記入してください。 書き切れない場合は、複数枚作成するか、「別添のとおり」と記入して役員名簿を添付してください。</p> </div>	

※ 法人の場合のみ提出。