

特定医療（指定難病）指定

指定を受ける医療機関ごとに申請が必要です。

医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業者等 <input type="checkbox"/>									
病院 診療所 薬局 訪問看護事業者等	ふりがな	〇〇クリニック								
	名称	〇〇クリニック								
	ふりがな	〇〇〇〇								
	所在地	〒333-〇〇〇〇市〇〇								
	電話番号	8888-8888								
コード(※1)	2	3	1	0	1	2	3	4	5	6
開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	医療法人△△会								
	住所	〒555-5555 △△市△△町3-4-5								
標榜している診療科名 (医療機関のみ記載すること)	〇〇科、△△科、□□科									
役員 の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ記載すること)  (※2)	職名					氏名				
	理事長					愛知 太郎				
	副理事長					〇〇 〇〇				
	理事					△△ △△				
<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を受けたいので申請します。</p> <p>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します。</p> <p><b>令和3年 1月 1 日</b></p> <p>開設者 住所（法人の場合は所在地）  <b>△△市△△町3-4-5</b>                  氏名（法人の場合は名称及び代表者）  <b>医療法人△△会</b>  <b>理事長 愛知 太郎</b></p> <p>愛知県知事 殿</p>										

3桁目は、医科は「1」、歯科は「3」、薬局は「4」、訪問看護事業所は「6」、介護医療院は「B」を記入してください。

保険医療機関の開設者名を記入してください。

押印は不要です。

※1 病院又は診療所は医療機関コード（医科は231、歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）、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（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は、介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載すること。  
 ※2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。

(別紙1)

役員の名及職名

申請者(法人)名 ( **医療法人△△会** )

職名	氏名		
□□ □□	理事		
<p>様式1に書ききれない場合は、この用紙に記載し添付してください。</p> <p>また、役員名簿がある場合は、役員名簿のコピーでも提出可能です。</p>			