|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**指定医療機関指定申請書**（新規・更新）

年　　月　　日

相模原市長　あて

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （開設者） | 住所  （法人の場合は所在地） | 〒 | |
|  | 氏名  （法人は名称及び代表者役職氏名） |  |  |
| （担当者：氏名　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　） | | | |

私（申請者）は、難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第１項の規定（更新にあっては同法第１５条第１項の規定）に基づき、次のとおり指定医療機関の指定を受けたいので申請します。

なお、同法第１４条第２項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等の種類  （該当するものに○） | | １　病院又は診療所　　２　薬局　　３　指定訪問看護事業者等 | |
| 医療機関等 | コード※１ |  | |
|  |  | |
| 所在地 | 〒  相模原市 | |
| 電話番号 |  | |
| 標ぼうしている診療科名  （病院又は診療所のみ記載） |  | |
| 開設者　※２ | 法人名称  （法人の場合） |  | |
| 代表者役職  （法人の場合） |  | |
| （法人の場合は代表者氏名） |  | |
| 住所  （法人の場合は所在地） | 〒 | |
| 指定開始希望日  （新規申請の場合のみ）※３ | | 年　　　月　　　日 | |
| 役員の職名及び氏名  （申請者が法人の場合）  ※４ | | 職　名 | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※１　「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である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　指定通知書は、開設者あてに送付します。

なお、指定訪問看護事業者等にあっては、当該事業者について記載してください。

※３　原則、市が申請を受け付けた日の属する月の翌月１日（１日に受け付けた場合はその日）から６年以内が有効期間となりますが、新規に開設する医療機関等の場合は、その指定日を有効期間開始日とすることが出来る場合があります。

※４　「役員の職名及び氏名」の欄に書ききれない場合は、「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。