

難病医療費助成指定医療機関 指定申請書
(指定訪問看護事業者等)

指定訪問看護事業者	名 称	合同会社保健福祉
指定居宅サービス事業者	主たる事務所の所在地	〒020-8570 盛岡市内丸 10 番 1 号 (TEL 012-345-6789)
指定介護予防サービス事業者	代 表 者	住 所 盛岡市内丸 10 番 1 号 氏 名 岩手 太郎 生 年 月 日 ○○年○○月○○日 職 名 代表社員
訪問看護ステーション等	名 称	訪問看護ステーション健康国保
	所 在 地	盛岡市内丸 10 番 1 号
役 員 の 氏 名 及 び 職 名	(別紙 1 のとおり)	
訪問看護ステーションコード 又は介護保険事業者番号	1234567	

正式な名称を記載してください。

住居表示どおり正確に記載してください。(ハイフンでつながない)

申請書の裏面を御確認ください。

○○年○○月○○日

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 項の規定にいずれにも該当しないことを誓約する。

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
主たる事務所の所在地
盛岡市内丸 10 番 1 号
名 称
合同会社保健福祉
代表者の氏名
代表社員 岩手 太郎

岩手県知事 様

※ 訪問看護ステーション等の所在地については、正確な住居表示を市町村役場等に確認する等して誤りや省略をすることなく記入してください。

(別紙1)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ **合同会社保健福祉** ）

氏 名	職 名
岩手 太郎	代表社員
健康 一郎	社員
法人の代表者・役員及び管理者について記載 してください。	

※ 法人の**代表者・役員**（業務を執行する社員、取締役、執行役、相談役、顧問、その他いかなる名前を有する者であるかを問わず、これらに準ずる者及び、同等の支配力を有すると認められる者を含む。）及び**管理者**について記入してください。

※ 法人以外の場合は管理者のみ記入してください。