

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	合同会社保健福祉部
指定居宅サービス事業者	主たる事務所の所在地	岩手県盛岡市内丸10番1号 (TEL 019-123-4567)
指定介護予防サービス事業者	代 表 者	住 所 岩手県盛岡市内丸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保健福祉部
	所 在 地	岩手県盛岡市内丸10番1号
役員の氏名及び職名	訪問看護ステーションコードを記入してください。	別紙1)
訪問看護ステーションコード 又は介護保険事業者番号	○○○○○○○	住所は省略せず、(ハイフンでつながらない)住居表示どおり正確に記入してください。(○番○号等)
<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、<u>同法第14条第2項の規定</u>にいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>○○年○月○日 申請書の裏面をご確認ください。</p> <p>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 岩手県盛岡市内丸10番1号 名 称 合同会社保健福祉部 代表者の氏名 代表社員 岩手 太郎</p> <p>岩手県知事 様</p>		

※ 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)

役員の名氏及び職名

申請者(法人)名 (**合同会社保健福祉部**)

氏名	職名
岩手 太郎	代表社員
岩手 一郎	社員
法人の代表者・役員及び管理者について記入してください。	

※ 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。