

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

〒

開設者住所

氏名

㊟

電話

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名及び代表者印)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条規定の医療機関として指定を受けたいので、次のとおり申請します。

医療機関の 名 称	電話		
医療機関の 所 在 地	〒		
指 定 訪 問 看 護 事 業 者 等 の 場 合	申 請 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン の	名 称	
		所 在 地	
介 護 老 人 保 健 施 設 の 場 合	介護保険法施行法第8条の規定により、介護老人保健施設となるか否か。		なる ならない
(いずれか 一方に○)	介護保険法第72条の規定により、居宅サービス(短期入所療養介護、通所リハビリテーション)を提供する事業者となるか否か。		なる ならない
指定希望日	年	月	日
開設年月日	年	月	日
診 療 科 目			