

令和 年 月 日

長野県知事 殿

医療機関の開設者

住 所

氏 名

電 話

## 被爆者一般疾病医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定による被爆者一般疾病医療機関として指定してください。

1 医療機関（薬局・訪問看護ステーション等）の名称及び所在地

名 称

所 在 地

電 話

2 病院・診療所にあつては、標ぼうしている診療科名

3 医療機関開設年月日 年 月 日

4 指定を受けようとする年月日 年 月 日

(添付書類)

- 「保健医療機関（保険薬局）指定通知書」の写し  
(介護保険の指定居宅（施設）サービス事業者である場合は、指定（許可）通知の写し)
- 訪問看護ステーション等にあつては、介護保険の指定居宅サービス事業者の指定通知の写し
- 老人保健施設にあつては、介護保険の指定施設サービス事業者としての開設許可通知の写し