

※政令指定都市（横浜市、川崎市、相模原市）に所在地をおく医療機関等の方は、  
各政令指定都市の書式をご使用ください。

第4号様式（第11条関係）

記入例（病院、薬局）

## 指定医療機関指定（更新）申請書

令和4年 ○月 ○日

神奈川県知事殿

申請者 住所  
氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者の氏名を記入してください

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、同条第2項各号に該当しないことを誓約します。

申請の種類 (該当するものに○印を付けてください。)	新規	更新
医療機関の種類 (該当するものに○印を付けてください。)	病院又は診療所	薬局 指定訪問看護事業者等
病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーション等	(ふりがな) 名称	〇〇びょういん 〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇1丁目3番地3
	電話番号	△△△-△△-△△△△
	コード	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
開設者又は 指定訪問看護事業者等	(ふりがな) 氏名又は名称	かながわ たろう 神奈川 太郎
	住所又は 所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇2丁目4番地6
代表者 (指定訪問看護事業者等である 場合のみ記入してください。)	(ふりがな) 氏名	
	住所	〒
標榜している診療科名 (病院又は診療所である場合のみ記入してください。)	〇〇科、□□科（薬局の場合記載不要）	
指定年月日 (指定訪問看護事業者等である 場合のみ記入してください。)	健康保険	年 月 日
	介護保険	年 月 日
役員の名及び氏名 (申請者が法人である場合のみ記入してください。)	職名	氏名
	理事長	神奈川 太郎
	理事	神奈川 尚子
	理事	神奈川 正平

- 備考 1 コード欄について、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入してください。
- 2 役員の名及び氏名欄について、記入欄が不足する場合、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。

※政令指定都市（横浜市、川崎市、相模原市）に所在地をおく医療機関等の方は、  
各政令指定都市の書式をご使用ください。

第4号様式（第11条関係）

記入例（訪看）

## 指定医療機関指定（更新）申請書

令和4年 ○月 ○日

神奈川県知事殿

申請者 住所  
氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者の氏名を記入してください

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、同条第2項各号に該当しないことを誓約します。

申請の種類 (該当するものに○印を付けてください。)	新規	更新	
医療機関の種類 (該当するものに○印を付けてください。)	病院又は診療所	薬局	指定訪問看護事業者等
病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーション等	名 称	〇〇ほうもんかんごすてーしょん 〇〇訪問看護ステーション	
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇1丁目3番地3	
	電 話 番 号	△△△-△△-△△△△	
	コ ー ド	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
開設者又は 指定訪問看護事業者等	氏名又は名称	かぶしきがいしゃ 〇 〇 株式会社〇〇	
	住 所 又 は 所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇2丁目4番地6	
代表者 (指定訪問看護事業者等である 場合のみ記入してください。)	氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇4丁目6番地8	
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所である場合のみ記入してください。)			
指定年月日 (指定訪問看護事業者等である 場合のみ記入してください。)	健康保険	平成〇〇年	〇月 〇日
	介護保険	平成〇〇年	〇月 〇日
役員の名及び氏名 (申請者が法人である場合のみ記入してください。)	職 名	氏 名	
	代表取締役	神奈川 太郎	
	取締役	神奈川 尚子	
	取締役	神奈川 正平	

- 備考 1 コード欄について、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入してください。
- 2 役員の名及び氏名欄について、記入欄が不足する場合、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。