

## 被爆者一般疾病医療機関指定申請書

申請日:

栃木県知事 福田 富一 様

開設者の住所: 〒

開設者名:

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による被爆者一般疾病医療機関としての指定を申請します。

なお、指定のうえは、被爆者健康手帳を提出して医療を受けた被爆者にかかる医療費の請求は、同法施行規則第27条の規定により行うことを誓約します。

1 病院(診療所、薬局または訪問看護ステーション)の名称及び所在地

名称(カナ):

名称:

所在地: 〒

電話:

2 管理者の氏名及び住所

氏名:

住所: 〒

3 病院及び診療所にあたっては、標榜している診療科名(必ず記載して下さい。)

4 指定希望年月日

5 備考