

令和 年 月 日

大分県知事 殿

(申請医療機関) 所在地

名称

医療機関コード _____

開設者氏名

電話番号

被爆者一般疾病医療機関（薬局）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条の規定による被爆者一般疾病医療機関（薬局）に指定せられたく、別紙同意書を添え申請いたします。

指定年月日 年 月 日

令和 年 月 日

大分県知事 殿

(申請医療機関) 所在地

名称

開設者氏名

被爆者一般疾病医療機関（薬局）指定申請にかかる同意書

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（薬局）に指定されること、並びに一般疾病医療費に相当する額の支払請求にあたっては、同法施行規則第27条の規定により行うことに同意します。