

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条の規程により行うことを誓約します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地 〒

連絡先 () -

開設年月日 年 月 日

開設者の住所

開設者の氏名

長 崎 県 知 事 様