

平成 年 月 日

三重県知事様

開設者の住所

氏名

印

被爆者一般疾病医療機関指定申請書
(介護老人保健施設用)

原子爆弾被害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の指定を申請します。

1 介護老人保健施設の所在地及び施設名

所在地 _____

施設名 _____

2 管理者の住所及び氏名 (又は名称)

氏名 (又は名称) _____

3 介護保険法第72条の規定により、居宅サービス (短期入所療養介護、通所リハビリテーション) を提供する事業者となるかならないか。(いずれか一方に○)

なる ならない

指定希望年月日 (平成 年 月 日)

事務担当者連絡先 ()