

# 原爆被爆者一般疾病医療機関指定申請書

1 名 称 (医療機関コード： )

2 所 在 地 [電話 ( ) ]

3 指定希望年月日

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定に基づく被爆者一般疾病医療機関として指定されるよう申請します。

なお、指定の上は、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。

年 月 日

開設者 住 所

氏 名

福岡県知事 殿

受 付 印