第４号様式

指定医療機関変更届出書（指定難病）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等種別（該当するものに○） | 病院　　診療所　　薬局　　指定訪問看護事業者等 |
| 変更年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 病院診療所薬局訪問看護事業者等 | ふりがな |  |  |
| 名称 | ☐ |  |
| 所在地 | ☐ | 〒 |
| 電話番号 | ☐ |  |
| コード（※１） | ☐ | ２ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者(法人の場合は法人の名称及び所在地) | 氏名又は名称 | ☐ |  |
| 住所又は所在地 | ☐ | 〒 |
| 標榜している診療科名(病院・診療所のみ記載) | ☐ |  |
| 役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合のみ記載）（※２） | ☐ | 氏名 | 職名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１９条の規定により申請事項の変更を届け出ます。　　　　　年　　　月　　　日開設者　住所（法人の場合は所在地）　　　　氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）　　　（宛先）名　古　屋　市　長　 |

※　全ての項目を記載し、変更がある事項の□の中にレ印を付してください。また、「病院、診療所、薬局、訪問

看護事業者等」欄の名称・所在地に変更がある場合は、「指定医療機関指定通知書（第2号様式）」の原本を添付してください。

※１　病院又は診療所は医療機関コード（医科は231、歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）、訪問看護事業者等の場合は、訪問看護ステーションコード（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載してください。

※２　記載欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載し、別紙又は役員名簿を添付してください。

（別紙）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |