

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	<input type="checkbox"/>									
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒								
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>									
	コード(※1)	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>									
	住 所 又 は 所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒								
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>									
役員の氏名及び職名 (開設者が法人の場合のみ記載) (※2)	<input type="checkbox"/>	氏 名					職 名				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 名古屋市長</p>											

※ 全ての項目を記載し、変更がある事項の口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。

