

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 <input type="radio"/> 診療所 <input checked="" type="radio"/> 薬局 <input type="radio"/> 指定訪問看護事業者等 <input type="radio"/>
-----------------------	---

変更年月日	令和3年4月20日
-------	-----------

以下の項目が変更した年月日を記入ください。

すべての項目を記入のうえ、変更のある項目にチェックを入れてください。

ふりがな	<input type="checkbox"/>	〇〇〇くりにつく
名称	<input type="checkbox"/>	〇〇クリニック
所在地	<input checked="" type="checkbox"/>	〒〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市〇〇区△△△
電話番号	<input type="checkbox"/>	052-〇〇〇-〇〇〇〇
コード(※1)	<input type="checkbox"/>	2 3 1 0 1 2 3 4 5 6
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"/> 医療法人△△会
	住所 又は所在地	<input type="checkbox"/> 〒〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市△△区△△
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)	<input type="checkbox"/>	〇〇科、□□科

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
		名古屋 太郎	理事長
		〇〇 〇〇	副理事長
		△△ △△	理事

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。

令和3年5月1日

開設者 住所（法人の場合は所

名古屋市△△区△△

氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

医療法人△△会

理事長 名古屋 太郎

(宛先) 名古屋市 長

法人開設の場合は、法人の所在地・名称・代表者名を記入してください。個人開設の場合は、開設者の住所・氏名を記入してください。

※ 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。

