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。

※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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |