

指定医療機関指定通知書再交付申請書（指定難病）

年 月 日

（宛先）名古屋市長

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）

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項に規定する指定医療機関の指定について、次のとおり指定医療機関指定通知書の再交付を申請します。

指定医療機関名										
医療機関コード	2	3								
所在地	〒									
電話番号										
再交付申請の理由 （該当するものに○）	き損 ・ 紛失 ・ その他									
その他の理由										

※1 紛失したことにより再交付を受けた後、紛失した指定通知書を発見したときは、当該指定通知書を速やかに市長に返還してください。

※2 医療機関コード欄は、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。