第8号様式

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書等再交付申請書

　　年　　月　　日

（宛先）名古屋市長

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）

　児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）第１９条の９第１項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり指定医療機関の指定通知書又は更新通知書の再交付を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等種別 | □病院（医科）　　□診療所（医科）　　□薬局  □病院（歯科） □診療所（歯科）　　□訪問看護事業者 |
| 医療機関コード | ２３ |
| ふ　　 り　　 が　　 な |  |
| 指定医療機関名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 再交付する通知書 | 指定通知書　　・　　更新通知書 |
| 再交付申請の理由  （該当するものに○） | 紛失　　・　　き損 |

※１　再交付理由がき損の場合は、指定通知書又は更新通知書の原本を添付してください。

※２　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又は更新通知書を発見したときは、当該指定通知書又は更新通知書を速やかに市長に返還してください。

●この申請に関する担当者名及び連絡先

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：