様式２

特定医療（指定難病）指定医療機関変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  訪問看護事業所等 | ふりがな | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | ☐ |  | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | ☐ | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | ☐ |  | | | | | | | | | | |
| コード（※１） | | | | ☐ | ２ | ３ |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 開設者  代表者  (法人の場合は法人の名称及び所在地) | 氏名 | | | | ☐ |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | ☐ | 〒 | | | | | | | | | | |
| 標榜している診療科名  (医療機関のみ) | | | | | ☐ |  | | | | | | | | | | |
| 役員の職名及び氏名  （開設者又は代表者が法人の場合のみ）  （※２） | | ☐ | | 職名 | | | | | | | 氏名 | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| 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条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。  　　　　　　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）      　　　愛　知　県　知　事　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　　各項目をすべて記載の上、変更がある事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。

※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）を記載すること。

※２　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙１又は役員名簿を添付すること。

（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　名 | 氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |