

難病医療費助成指定医療機関 変更届出書

該当するものに○をつけてください。		1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護事業者				
保険医療 機関等	名称					
	所在地					
	電話番号					
	コード※2					
開設者 ※3	住所又は所在地					
	氏名又は名称					
標榜している 診療科目名	変更前			変更後		
役員の名 職・氏名 ※4	変更前	職名	氏名	変更後	職名	氏名
<p>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条第1項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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者※3 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>徳島県知事 殿</p>						

- ※1 変更がある事項のみ記入してください。
- ※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
- ※3 訪問看護事業者の場合は、事業者及び代表者について記載してください。
- ※4 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。