

難病医療費助成指定医療機関 廃止・休止・再開届出書

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	〒
	コ ー ド ※ 1	
開 設 者 ※ 2	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
区 分		廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開
廃止・休止・再開年月日		年 月 日
理 由		
<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施行規則第43条の規定により業務の 廃止・休止・再開 を届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者※ 2 住 所 氏名又は名称 連絡先電話番号</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> <p>徳島県知事 殿</p>		

- ※ 1 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。
- ※ 2 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。
- ※ 3 廃止の場合は，指定通知書を添付してください。