様式第1号の20（第1条の12関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○をつけてください。  保険医療機関（病院・診療所）　　　　　保険薬局　　　　　　指定訪問看護事業者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　事　項 | | | | | | | | | | | | | | 変更事項が  生じた年月日 |
| 保険医療機関・保険薬局・  指定訪問看護事業者 | 医療機関コード | | □ | 2 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　月　日 |
| 名　　　称 | | □ |  | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 所　在　地 | | □ | 〒　　－  岐阜市 | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 電話番号 | | □ |  | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 標ぼうしている診療科名  （保険医療機関のみ記載すること。） | | | □ |  | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 開設者等 | 氏名（名称） | | □ |  | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 住所（所在地）  （指定訪問看護事業者にあっては、主たる事務所の所在地を記載してください。） | | □ | 〒　　－ | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 代表者  （指定訪問看護事業者のみ記載してください。） | 氏名 | □ |  | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 住所 | □ | 〒　　－ | | | | | | | | | | 年　月　日 |
| 上記のとおり、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項に変更がありましたので、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。  　　　　年　　月　　日  開設者等  住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    （あて先）岐阜市長 | | | | | | | | | | | | | | |

備考

1　変更がある事項の□の中にレ印を付けてください。

2　開設者等が法人であるときは、裏面に役員の職名及び氏名を記載してください。

3　保険医療機関指定通知書、保険薬局指定通知書又は指定訪問看護事業者指定通知書の写しを添付してください。

4　記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜別紙によることとし、又は用紙の枚数を増加し、この様式に準じた届出書を作成してください。

役員の職名及び氏名

申請者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　名（フリガナ） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |