

難病医療費助成指定医療機関 変更届出書

指定医療機関	名 称					
	所在地		〒 _____ (電話) _____			
変更年月日			年 月 日			
変 更 事 項						
病 院 診 療 所 (介護医療院) 薬 局 指定訪問看護 事業者(法人等)	<input type="checkbox"/>	名 称	変更前			
			変更後			
	<input type="checkbox"/>	所 在 地	変更前	〒 _____		
			変更後	〒 _____		
	<input type="checkbox"/>	電 話 番 号	変更前			
			変更後			
	<input type="checkbox"/>	コード(※2)	変更前			
			変更後			
開 設 者 代 表 者	<input type="checkbox"/>	住所又は所在地 <small>(法人の場合は所在地)</small>	変更前	〒 _____		
			変更後	〒 _____		
	<input type="checkbox"/>	氏名又は名称 <small>(法人の場合は名称及び代表者職・氏名)</small>	変更前			
			変更後			
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>	変更前			
			変更後			
訪問看護ステーションの 名称・所在地・電話番号		<input type="checkbox"/>	変更前	〒 _____ (電話) _____		
			変更後	〒 _____ (電話) _____		
役員の職名及び 氏名 (開設者が法人 の場合)※3	<input type="checkbox"/>	変 更 前	職名	氏 名		変 更 後
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、届け出ます。						
年 月 日			開設者			
			住所（法人にあっては所在地）			
			氏名（法人にあっては名称及び代表者職・氏名）			
兵庫県知事 様						

※1 変更事項については□にレ点を記入し、変更前・変更後の内容を記載して下さい。
 ※2 病院又は診療所は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は、訪問看護ステーションコード、介護医療院の場合は介護保険事業所番号を記載してください。
 ※3 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。