

特定医療（指定難病）指定医療機関更新申請書

医療機関等種別 (該当するものに○)		病院		診療所		薬局		訪問看護事業所等			
病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな	<input type="checkbox"/>	〇〇〇やつきよ								
	名称	<input type="checkbox"/>	〇〇〇薬局								
	ふりがな	<input type="checkbox"/>	〇〇〇〇ちょう								
	所在地	<input checked="" type="checkbox"/>	〒333-3333 〇〇市〇〇町1-2-3								
	電話番号	<input type="checkbox"/>	3333-33-3333								
コード(※1)	<input type="checkbox"/>	2	3	4	2	3	4	5	6	7	8
開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>	愛知 太郎								
	住所	<input type="checkbox"/>	〒	△	3桁目は、医科は「1」、歯科は「3」、薬局は「4」、訪問看護事業所は「6」、介護医療院は「B」を記入してください。						
標榜している診療科名 (医療機関のみ)		<input type="checkbox"/>	〇〇科、△△科、□□科								
役員の名前及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)		<input type="checkbox"/>	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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和3年1月1日</p> <p>開設者 住所（法人の場合は所在地） △△市△△町3-4-5 氏名（法人の場合は名称及び住所） 愛知 太郎</p>											
変更する項目以外の項目も記入してください。										押印は不要です。	
愛知県 事務 殿		愛知 太郎									

※ 各項目をすべて記載の上、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項の□の中にもレ印を付すこと。
 ※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。