

(大阪市) 小児慢性特定疾病医療費助成指定医療機関 変更届出書

申請者区分 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 病 院 ・ 診 療 所 (<input type="checkbox"/> 医 科 / <input type="checkbox"/> 歯 科) <input type="checkbox"/> 薬 局 <input type="checkbox"/> 指 定 訪 問 看 護 事 業 者
指定医療機関 (名称)	
コード ※1※2	
変更年月日	年 月 日

以下の全ての項目に記入し、変更のある項目には☑を記入してください。

指定医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	フリガナ
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 大阪市
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記入)	<input type="checkbox"/>	
開設者・ 指定訪問看護事業者	種 別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 ※3
	氏 名 (名称) ※4	<input type="checkbox"/>	
	住 所 (所在地) ※5	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	代 表 者 (指定訪問看護 事業者のみ記入)	氏 名	<input type="checkbox"/>
住 所		<input type="checkbox"/>	〒

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、上記の事項に変更があったため同法第19条の14の規定に基づき届け出ます。

年 月 日

申請者

[「開設者・訪問看護事業者」欄における「氏名(名称)」及び「住所(所在地)」と一致]

住 所(所在地):

氏 名(名称):

大阪市長 あて

※1 コード…医療機関コード、薬局コード、訪問看護ステーションコードのいずれかを記載してください。

※2 コードに変更がある場合は、本届出書によらず、小児慢性特定疾病医療費助成指定医療機関指定申請書(様式1号)を提出してください。

※3 開設者が法人にあっては役員名簿(裏面)の記入が必要です。

※4 法人の場合は法人名及び代表者の職名・氏名を記載し、個人の場合は氏名のみ記載してください。

※5 指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。

役員名簿

職 名	氏 名

記載欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載し、別紙役員名簿を添付してください。