

特定医療費(指定難病)助成指定医療機関変更届 (病院, 診療所又は薬局)

| 機関区分 | | ①病院又は診療所 | | ②薬局 | | |
|--|--------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--|
| 保険 医療 機関 等 | 名称 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 所在地 | <input type="checkbox"/> | 〒 — 電話 () | | | |
| | ※コード | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 開設 者 | 住所 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 氏名又は名称 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> | 職名 | <input type="checkbox"/> | | |
| 標榜している診療科目 (医療機関のみ記入) | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 役員及び管理者の 職・氏名 | | <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19条第1項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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先)京都市長</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <p style="text-align: center;">住所 (法人の場合は所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏名 (法人の場合は名称及び代表者の職・氏名)</p> | | | | | | |

※変更がある事項の□の中にレ印を付すること。
 ※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を記入すること。
 ※「役員及び管理職の職・氏名」欄に全員記入できない場合は, 別紙に記入すること。