指定医療機関指定書再交付申出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申出者
住所 〒

氏名

(法人にあつては、主たる事務所所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則に基づく指定医療機関指定書の再交付を申し出ます。

医療機関の種類 (該当するものに○印を付けてください。)	1 病院又は診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者等
フリガナ			
所在地	〒		
電話番号			
コード			
再交付の理由	破損・汚損・紛失・その他		

「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。

※再交付理由が「破損・汚損」の場合は、従前の指定医療機関指定通知書を添付。