|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関変更届出書 | | | | |
| 申請区分 ※１ | □　指定医療機関（指定難病）　　　□　指定小児慢性特定疾病医療機関 | | | |
| 保険医療機関等 | 名 称 | □ |  | |
| 所在地 | □ | **〒** | |
| 電話番号 | □ |  | |
| コード ※２ | □ |  | |
| 開設者 | 住所又は  所在地 | □ | **〒** | |
| 氏名又は名称 | □ |  | |
| 標榜している診療科名  （病院・診療所のみ記載） | | □ |  | |
| 役員の職・氏名  （開設者が法人の場合）  ※３ | | □ | 職　名 | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ［指定医療機関（指定難病）の場合］  □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出を行う。  ［指定小児慢性特定疾病医療機関の場合］  □上記のとおり児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）第１９条の１４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出を行う。  　　　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氏名）：　  北海道知事　様 | | | | |
| ※１　該当する項目にチェックを記載してください。（両方をチェックすることも可）  ※２　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、訪問看護事業者の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。  **～小児慢性特定疾病医療機関について～**  **所在地が札幌市、旭川市、函館市にある医療機関等は、北海道ではなく、各市へ申請が必要となりますので、各自治体へお問い合わせ下さい。** | | | | |

**１**

別紙様式２