様式２－(１)

特定医療費　指定医療機関　変更届出書（病院又は診療所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　　　称 |  |  |
| 所在地 |  | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 医療機関コード |  |  |
| 開　設　者 | 住　　　　所 |  |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 標榜している診療科名 |  |  |
| 役員の氏名及び役職名 |  | 　（別紙１） |
| 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。　　　　　　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） 　 　  　　高知県知事　　様 |

（注）記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック（☑）をし、変更後の内容を記載してください。

（別紙１）

役員の氏名及び役職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 役　　職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式２－(２)

特定医療費　指定医療機関　変更届出書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　　　称 |  |  |
| 所在地 |  | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 薬局コード |  |  |
| 開設者 | 住所 |  |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 役員の氏名及び役職名 |  | （別紙１） |
| 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。　　　　　　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） 　 　  　　高知県知事　　様 |

（注）記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック（☑）をし、変更後の内容を記載してください。

（別紙１）

役員の氏名及び役職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 役　　職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式２－(３)

特定医療費　指定医療機関　変更届出書（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定訪問看護事業者指定居宅サービス事業者指定介護予防サービス事業者 | 名　　　　称 |  |  |
| 主たる事務所の所在地 |  | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 代表者 | 住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 |  |  |
| 所在地 |  | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は介護保険事業者番号 |  |  |
| 役員の氏名及び役職名 |  | （別紙１） |
| 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。 　　　　　　　年　　月　　日 　指定訪問看護事業者　　　　　　　　　　　　　　　指定居宅サービス事業者　　　　　　　　　　　　　　　指定介護予防サービス事業者所　在　地名　　　称代　表　者　　　　　 　　　 　 　  　　高知県知事　　様 |

（注）記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック（☑）をし、変更後の内容を記載してください。

（別紙１）

役員の氏名及び役職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 役　　職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |