

指定医療機関指定通知書 再交付申請書

年 月 日

相模原市長 あて

申請者（開設者）

住所

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の指定通知書の再交付を申請します。

| | | |
|--|-------------------|-----|
| 指定訪問看護事業者等 病院・診療所・薬局・ | 名称 | |
| | 所在地 | 〒 - |
| | コード | |
| 再交付を申請する理由 (該当するものに 印を付けて ください。) | 破損 ・ 汚損 ・ 亡失 ・ 滅失 | |

- 備考 1 再交付を申請する理由が「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してください。
- 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。