第20号様式

難病医療指定医療機関指定更新申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに✔ | ☐ 病院・診療所 | ☐ 薬局 |  ☐ 訪問看護ステーション（指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者・介護予防サービス事業者） | ☐ 介護医療院 |
| フリガナ名　　称 |  |
|  |
| 所 在 地 | 　〒 |
| 電 話 番 号 | 　 |
| 標ぼうしている診療科名（1.保健医療機関のみ記載） | 　 |
| 医療機関コード ※1 | 　 |
| 開 設 者（ 事 業 者 ） | 所 在 地 | 　〒　 |
| フリガナ名 称 (氏 名) | 　 |
| 　 |
| 役 員 の 職 ・ 氏 名（開設者が法人の場合） ※24 | 職名 | 氏名 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |

年　　月　　日

**香川県知事　殿**

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１５条第１項の規定による指定医療機関の指定の更新を申請します。

なお、申請に当たり、同法第１４条第２項各号の規定に該当しないことを誓約します（役員含む）。

**開設者（事業者）**

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）：

※1　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、訪問看護ステーション等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。

※2　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。