

指定医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

横浜市長

開設者 ※1
住所又は所在地 〒
申請者

氏名又は名称

次のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律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。

医療機関等の種別 (該当するものに○)	1 病院又は診療所	2 保険薬局
	3 指定訪問看護事業者等 (右の該当するものに○)	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
(フリガナ) 名 称		
所 在 地	〒	
電 話 番 号		
コ ー ド		
再交付申請の理由※ 2 (該当するものに○)	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 ・ その他	
そ の 他 の 理 由		

※1 「開設者」について、指定訪問看護事業者等にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該業者等の代表者の住所及び氏名を記入してください。

※2 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。