

(様式第5号)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

神戸市長 あて

開設者又は代表者

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)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書の再交付について、下記のとおり届け出ます。

指定医療機関名称 (訪問看護事業所にあつてはステーション名)	
指定医療機関所在地 (訪問看護事業所にあつてはステーション所在地)	
指定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
再交付の理由	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他

(備考)

1. き損の場合は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書の写しの添付をお願いします。
2. 届出事項に変更のある場合は、同時に変更届出書もご提出ください。