

難病医療費助成指定医療機関業務休止等届

| | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| 指定年月日 | 年 月 日 | 病院・診療所・薬局・訪問看護事業所 |
| 届出事由発生年月日 | 年 月 日 | |
| 届出事由 | 1 業務の休止 2 業務の廃止 (※1) 3 業務の再開 4 その他 (該当するものに○を付け、内容・理由欄を記載してください。) | |
| 内容・理由 (届出事由が「その他」の場合は、必ず記載してください。) | | |

上記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第 4 3 条の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等

名称 :

所在地 :

コード (※2) :

開設者

住所 (法人にあっては所在地) :

電話番号 :

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) :

印

東京都知事 殿

※1 業務の廃止の場合は、難病医療費助成指定医療機関指定書 (原本) 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。