

難病医療費助成指定医療機関指定書再交付申請書

指定年月日                    年    月    日	病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所
再交付申請理由 (いずれかに○を付けてください。)	1 指定医療機関指定書を破損したため (※1) 2 指定医療機関指定書を汚損したため (※1) 3 指定医療機関指定書を亡失又は滅失したため (※2)

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細則第 26 条の規定により申請します。

年    月    日

医療機関等

名称    :

所在地    :

コード※3    :

開設者

住所 (法人にあつては所在地)    :

電話番号    :

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)    :

印

東京都知事                    殿

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医療機関指定書を発見したときは、当該指定医療機関指定書を速やかに知事に返還してください。

※3 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。