|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙様式２－（１）  　　年　　月　　日  福 井 県 知 事　様  申請者（開設者）  住　　　　　所：  氏名または名称：  難病医療費助成指定医療機関変更届出書（医療機関・薬局）  下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１９条の規定に基づき、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出します。  **（変更がある事項の□の中にレ印を付け、変更前、変更後の内容を記載してください。）** | | | | | | |
| 事項 | | | ＜変更前＞ | | ＜変更後＞ | |
| 保　険　薬　局  保 険 医 療 機 関 | 名　　称 | **□** |  | |  | |
| 所 在 地 | **□** | **〒** | | **〒** | |
| コ─ド  ※1 | **□** |  | |  | |
| 指定年月日  ※２ | **□** | 年 　月 　 日 | | 年 　月 　 日 | |
| 開　設　者 | 住　　所 | **□** | **〒** | | **〒** | |
| 氏名または  名称 | **□** |  | |  | |
| 生年月日 | **□** |  | |  | |
| 職　　名 | **□** |  | |  | |
| 標ぼうしている  診療科名  （病院・診療所のみ記載） | | **□** |  | |  | |
| 役員の職・氏名  （開設者が法人の  場合）  ※３ | | **□** | 役職 | 氏名 | 役職 | 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を記載してください。  ※２　保険医療機関または保険薬局として指定された年月日（最新のもの）  ※３　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。 | | | | | | |