

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書の作成について

変更届出書を作成される際は、以下の点にご注意ください。

なお、届出書の各項目については、正確に記入してください。

※届出先

医療機関の所在地によって届出先が異なりますので、ご注意ください。

- ・さいたま市、川越市、越谷市、川口市内の医療機関 … 届出先は「医療機関が所在する市」
- ・上記4市以外の埼玉県内の医療機関 … 届出先は「埼玉県」

※手続きに関するお問い合わせについては、各届出先へお願いいたします。

※指定書について

変更届出書に対しては、変更内容を反映させた新しい指定書の交付は行っておりません。

(現在交付されている指定書が指定有効期間満了日まで有効となります。)

※医療機関コードが変更となる場合

医療機関コードの変更については「変更届出」ではなく、「旧コードでの辞退申出」と「新コードでの新規申請」が必要となります。

「旧コードでの辞退申出書」と「新コードでの指定申請書（新規）」を一緒に提出してください。

1. 開設者・事業者の代表者

・住所又は所在地

開設者が個人の場合 → 開設者個人の住所を記入してください。

開設者が法人の場合 → 開設法人の所在地を記入してください。

・氏名又は名称

開設者が個人の場合 → 開設者個人の氏名を記入してください。(代表者職名・代表者氏名は記入不要)

開設者が法人の場合 → 開設法人の名称、代表者職名・代表者氏名を記入してください。

・電話番号

開設者が個人の場合 → 開設者個人の電話番号を記入してください。

開設者が法人の場合 → 開設法人の電話番号を記入してください。

2. 種別

変更届出をする医療機関が該当する種別を囲んでください。

3. 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称

変更届出をする指定医療機関の名称を記入してください。

医療機関の名称が変更となる場合は「変更前の指定医療機関の名称」を記入してください。

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

開設者・事業者の代表者

〒		-	
(都道府県・市区町村・番地)			
住所又は所在地			
(建物名等)			
氏名又は名称		(代表者職名)	(代表者氏名)
電話番号		-	-

児童福祉法第19条の14の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る事項を次のとおり変更したので届け出ます。

種別（該当するものに○を付すこと。）	病院		診療所		薬局		指定訪問看護事業者	
指定小児慢性特定疾病医療機関の名称								
医療機関コード	1	1						
変更事項 (下記の該当する変更事項の番号に○を付した上で、右欄に変更前及び変更後の内容を記載すること。)	1	変更前						
		変更後						
	2	変更前						
		変更後						
変更年月日	1	令和		年		月		日
	2	令和		年		月		日

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事務所の所在地及び名称を記入すること。

- ※ 該当する変更事項の番号に○を付すこと。
- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 医療機関名称の変更 | 2 医療機関所在地（郵便番号を含む）の変更 |
| 3 医療機関電話番号の変更 | 4 開設者名称の変更 |
| 5 開設者所在地（郵便番号を含む）の変更 | 6 開設者電話番号の変更 |
| 7 代表者の変更（氏名・役職） | 8 役員の変更（氏名・役職） |
| 9 標ぼうする診療科名の変更 | |