

# 届出書

年 月 日

宇都宮市長 様

開設者等:

住所(法人にあつては所在地):

氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名):

印

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり届出します。

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| 保険医療機関<br>保険薬局<br>訪問看護ステーション等 | 名称  |   |
|                               | 所在地   | 〒 |
|                               | 電話番号  |   |
|                               | コード※1   |   |
| 届出理由<br>※ 該当する番号に丸印を付けてください。  | <p>① 業務を休止したため。</p> <p>② 業務を廃止したため。</p> <p>③ 業務を再開したため。</p> <p>④ 医療法第24条、第28条若しくは第29条に規定する処分を受けたため。</p> <p>⑤ 健康保険法第95条に規定する処分を受けたため。</p> <p>⑥ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分を受けたため。</p> |   |

※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、訪問看護事業者等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。