

新旧対照表

新	旧
<p style="text-align: center;">愛知県指定医療機関指定事務実施要領</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に規定する指定医療機関の指定については、法及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号。（以下「規則」という。）に定めるところのほか、この要領により行う。</p> <p>第1～第2 （略）</p> <p>第3 指定申請</p> <p>1 （略）</p> <p>2 指定期間 指定年月日は、原則として、指定の決定をした日の属する月の翌月初日とする。 指定期間は、<u>指定開始日から起算して5年経過した日の属する年の末日までとする。</u></p> <p>第4 変更の届出</p> <p>(1) 指定医療機関は、その名称及び所在地その他規則第41条に定める変更を行うべき事項に変更が生じたときは、特定医療（指定難病）指定医療機関変更届出書（様式2）を愛知県知事へ届け出ること。</p> <p>(2) <u>上記第3の1の（2）に基づき既に公表した事項の変更を行ったときは、当該事項について公表するものとする。</u></p> <p>第5 指定の更新</p> <p>指定医療機関の指定は、指定期間の満了までにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。</p> <p>1 申請手続</p> <p>(1) 法第15条第1項の規定に基づき指定医療機関の指定を更新しようとする者（指定を受けようとする医療機関（診療所、薬局、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者を含む。）の所在地が愛知県内であるものに限る。）（以下「更新申請者」という。）は、特定医療（指定難病）指定医療機関更新申請書（様式3）を愛知県知事に提出するものとする。 ただし、指定を受けた日からおおむね引き続き、開設者である保険医・保険薬剤師又はその家族等のみが診療・調剤に従事している場合は、指定の効力を失う日前6ヶ月から同日前3ヶ月までの間に別段の申出がないときは申請したものとみなす。</p> <p>(2)～（3）（略）</p> <p>第6～第9 （略）</p>	<p style="text-align: center;">愛知県指定医療機関指定事務実施要領</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に規定する指定医療機関の指定については、法及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号。（以下「規則」という。）に定めるところのほか、この要領により行う。</p> <p>第1～第2 （略）</p> <p>第3 指定申請</p> <p>1 （略）</p> <p>2 指定期間 指定年月日は、原則として、指定の決定をした日の属する月の翌月初日とする。 指定期間は、<u>指定年月日から6年後の指定日の属する月の前月末までとする。</u></p> <p>第4 変更の届出</p> <p>(1) 指定医療機関は、その名称及び所在地その他規則第41条に定める変更を行うべき事項に変更が生じたときは、特定医療（指定難病）指定医療機関変更届出書（様式2）<u>に様式4又は様式6の原本もしくは紛失理由書（様式13）を添えて、</u>愛知県知事へ届け出ること。</p> <p>(2) <u>指定内容の変更を行ったときは、変更後の内容について様式4又は様式6により当該指定医療機関に通知するとともに、上記第3の1の（2）に基づき既に公表した事項に変更があるときは、当該事項について公表するものとする。</u></p> <p>第5 指定の更新</p> <p>指定医療機関の指定は、指定期間の満了までにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。</p> <p>1 申請手続</p> <p>(1) 法第15条第1項の規定に基づき指定医療機関の指定を更新しようとする者（指定を受けようとする医療機関（診療所、薬局、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者を含む。）の所在地が愛知県内であるものに限る。）（以下「更新申請者」という。）は、特定医療（指定難病）指定医療機関更新申請書（様式3）を愛知県知事に提出するものとする。 ただし、指定を受けた日からおおむね引き続き、開設者である保険医・保険薬剤師又はその家族等のみが診療・調剤に従事している場合は、<u>6年間の</u>指定の効力を失う日前6ヶ月から同日前3ヶ月までの間に別段の申出がないときは申請したものとみなす。</p> <p>(2)～（3）（略）</p> <p>第6～第9 （略）</p>

新旧対照表

新	旧
<p>附 則 この要領は、平成26年12月26日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成27年2月9日から施行し、第7の規定については、平成27年2月1日から適用する。</p> <p>附 則 この要領は、平成28年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 <u>この要領は、令和2年6月1日から施行する。</u> <u>なお、令和2年5月31日までに指定した指定医療機関の有効期間は、従前の例による。</u></p>	<p>附 則 この要領は、平成26年12月26日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成27年2月9日から施行し、第7の規定については、平成27年2月1日から適用する。</p> <p>附 則 この要領は、平成28年4月1日から施行する。</p>

新旧対照表

新	旧																																																																																																																																																						
<p>様式1 (略)</p> <p>様式2</p> <p style="text-align: center;">特定医療（指定難病）指定医療機関変更届出書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">医療機関等種別 (該当するものに○)</td> <td colspan="3">病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等</td> </tr> <tr> <td>変更年月日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>コード(※1)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 23</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)</td> <td>氏名</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 〒</td> </tr> <tr> <td colspan="4">標榜している診療科名 (医療機関のみ) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)</td> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">職名</td> <td style="text-align: center;">氏名</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="4">上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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を行う。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">印</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">愛知県知事殿</td> </tr> </table> <p>※1 各項目をすべて記載の上、変更がある事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。          ※2 病院又は診療所は医療機関コード、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を記載すること。          ※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。</p>	医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等			変更年月日	年 月 日			病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな			名称	<input type="checkbox"/>		ふりがな			所在地	<input type="checkbox"/> 〒		電話番号	<input type="checkbox"/>			コード(※1)	<input type="checkbox"/> 23		開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>		住所	<input type="checkbox"/> 〒		標榜している診療科名 (医療機関のみ) <input type="checkbox"/>				役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)	<input type="checkbox"/>	職名	氏名									上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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を行う。				年 月 日				開設者 住所（法人の場合は所在地）				氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）				印				愛知県知事殿				<p>様式1 (略)</p> <p>様式2</p> <p style="text-align: center;">特定医療（指定難病）指定医療機関変更届出書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">医療機関等種別 (該当するものに○)</td> <td colspan="3">病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等</td> </tr> <tr> <td>変更年月日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>コード(※1)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 23</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)</td> <td>氏名</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 〒</td> </tr> <tr> <td colspan="4">標榜している診療科名 (医療機関のみ) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)</td> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">職名</td> <td style="text-align: center;">氏名</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="4">上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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を行う。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">印</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">愛知県知事殿</td> </tr> </table> <p>※1 変更がある事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。          ※2 病院又は診療所は医療機関コード、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を記載すること。          ※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。</p>	医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等			変更年月日	年 月 日			病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな			名称	<input type="checkbox"/>		ふりがな			所在地	<input type="checkbox"/> 〒		電話番号	<input type="checkbox"/>			コード(※1)	<input type="checkbox"/> 23		開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>		住所	<input type="checkbox"/> 〒		標榜している診療科名 (医療機関のみ) <input type="checkbox"/>				役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)	<input type="checkbox"/>	職名	氏名									上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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を行う。				年 月 日				開設者 住所（法人の場合は所在地）				氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）				印				愛知県知事殿			
医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等																																																																																																																																																						
変更年月日	年 月 日																																																																																																																																																						
病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな																																																																																																																																																						
	名称	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																					
	ふりがな																																																																																																																																																						
	所在地	<input type="checkbox"/> 〒																																																																																																																																																					
	電話番号	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																					
	コード(※1)	<input type="checkbox"/> 23																																																																																																																																																					
開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																					
	住所	<input type="checkbox"/> 〒																																																																																																																																																					
標榜している診療科名 (医療機関のみ) <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																							
役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)	<input type="checkbox"/>	職名	氏名																																																																																																																																																				
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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を行う。																																																																																																																																																							
年 月 日																																																																																																																																																							
開設者 住所（法人の場合は所在地）																																																																																																																																																							
氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）																																																																																																																																																							
印																																																																																																																																																							
愛知県知事殿																																																																																																																																																							
医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等																																																																																																																																																						
変更年月日	年 月 日																																																																																																																																																						
病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな																																																																																																																																																						
	名称	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																					
	ふりがな																																																																																																																																																						
	所在地	<input type="checkbox"/> 〒																																																																																																																																																					
	電話番号	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																					
	コード(※1)	<input type="checkbox"/> 23																																																																																																																																																					
開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																					
	住所	<input type="checkbox"/> 〒																																																																																																																																																					
標榜している診療科名 (医療機関のみ) <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																							
役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ) (※2)	<input type="checkbox"/>	職名	氏名																																																																																																																																																				
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項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を行う。																																																																																																																																																							
年 月 日																																																																																																																																																							
開設者 住所（法人の場合は所在地）																																																																																																																																																							
氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）																																																																																																																																																							
印																																																																																																																																																							
愛知県知事殿																																																																																																																																																							

新旧対照表

新	旧																																																										
<p>様式3</p> <p>特定医療（指定難病）指定医療機関更新申請書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">医療機関等種別 (該当するものに○)</th> <th colspan="3">病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等</th> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等</td> <td>ふりがな</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>コード(※1)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>23</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)</td> <td>氏名</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>標榜している診療科名 (医療機関のみ)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ)  (※2)</td> <td style="text-align: center;">職名</td> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: left;">愛知県知事殿</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>※1 各項目をすべて記載の上、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項の□の中にレ印を付すこと</p> <p>※2 病院又は診療所は医療機関コード、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を記載すること。</p> <p>※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。</p> </td> </tr> </table>	医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等			病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな			名称	<input type="checkbox"/>		ふりがな			所在地	<input type="checkbox"/>	〒	電話番号	<input type="checkbox"/>			コード(※1)	<input type="checkbox"/>	23	開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>		住所	<input type="checkbox"/>	〒	標榜している診療科名 (医療機関のみ)	<input type="checkbox"/>			役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ)  (※2)	職名	氏名														<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: left;">愛知県知事殿</p>				<p>※1 各項目をすべて記載の上、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項の□の中にレ印を付すこと</p> <p>※2 病院又は診療所は医療機関コード、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を記載すること。</p> <p>※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。</p>			
医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等																																																										
病院 診療所 薬局 訪問看護事業所等	ふりがな																																																										
	名称	<input type="checkbox"/>																																																									
	ふりがな																																																										
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒																																																								
	電話番号	<input type="checkbox"/>																																																									
	コード(※1)	<input type="checkbox"/>	23																																																								
開設者 代表者 (法人の場合は法人の名称及び所在地)	氏名	<input type="checkbox"/>																																																									
	住所	<input type="checkbox"/>	〒																																																								
標榜している診療科名 (医療機関のみ)	<input type="checkbox"/>																																																										
役員の職名及び氏名 (開設者又は代表者が法人の場合のみ)  (※2)	職名	氏名																																																									
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: left;">愛知県知事殿</p>																																																											
<p>※1 各項目をすべて記載の上、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項の□の中にレ印を付すこと</p> <p>※2 病院又は診療所は医療機関コード、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を記載すること。</p> <p>※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。</p>																																																											

 様式3  特定医療（指定難病）指定医療機関更新申請書   | 医療機関等種別<br>(該当するものに○)   | 病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等     |                          |    | |---|--------------------------|--------------------------|----| | 病院<br>診療所<br>薬局<br>訪問看護事業所等   | ふりがな                     |                          |    | |   | 名称                       | <input type="checkbox"/> |    | |   | ふりがな                     |                          |    | |   | 所在地                      | <input type="checkbox"/> | 〒  | |   | 電話番号                     | <input type="checkbox"/> |    | |   | コード(※1)                  | <input type="checkbox"/> | 23 | | 開設者<br>代表者<br>(法人の場合は法人の名称及び所在地)  | 氏名                       | <input type="checkbox"/> |    | |   | 住所                       | <input type="checkbox"/> | 〒  | | 標榜している診療科名<br>(医療機関のみ)  | <input type="checkbox"/> |                          |    | | 役員の職名及び氏名<br>(開設者又は代表者が法人の場合のみ)<br><br>(※2)   | 職名                       | 氏名                       |    | |   |                          |                          |    | |   |                          |                          |    | |   |                          |                          |    | |   |                          |                          |    | | <p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: left;">愛知県知事殿</p> |                          |                          |    | | <p>※1 直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること</p> <p>※2 病院又は診療所は医療機関コード、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を記載すること。</p> <p>※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、別紙1又は役員名簿を添付すること。</p>   |                          |                          |    | |

新旧対照表

新	旧																								
<p>様式3 誓約項目・別紙1 (略) 様式4～7 (略)</p> <p>様式8</p> <p style="text-align: center;">辞 退 届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名 開設者(代表者)氏名 印</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する医療機関の指定について、下記のとおり指定を辞退します。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">辞退年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>辞退理由</td> <td></td> </tr> </table> <p>[添付書類] 指定医療機関指定通知書(様式4)又は指定医療機関更新通知書(様式6)の原本</p>	辞退年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号		辞退理由		<p>様式3 誓約項目・別紙1 (略) 様式1～7 (略)</p> <p>様式8</p> <p style="text-align: center;">辞 退 届</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名 開設者(代表者)氏名 印</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する医療機関の指定について、下記のとおり指定を辞退します。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">辞退年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>辞退理由</td> <td></td> </tr> </table> <p>[添付書類] 指定医療機関指定通知書(様式4)又は指定医療機関更新通知書(様式6)の原本</p>	辞退年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号		辞退理由	
辞退年月日	年 月 日																								
指定医療機関名																									
医療機関コード	2 3																								
所在地	〒																								
電話番号																									
辞退理由																									
辞退年月日	年 月 日																								
指定医療機関名																									
医療機関コード	2 3																								
所在地	〒																								
電話番号																									
辞退理由																									

新旧対照表

新	旧																				
<p>様式9</p> <p style="text-align: center;">休 止 届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者（代表者）氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>次のとおり休止しましたので届け出ます。</p>	<p>様式9</p> <p style="text-align: center;">休 止 届</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者（代表者）氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>次のとおり休止しましたので届け出ます。</p>																				
<table border="1"> <tr> <td>休止年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	休止年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号		<table border="1"> <tr> <td>休止年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	休止年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号	
休止年月日	年 月 日																				
指定医療機関名																					
医療機関コード	2 3																				
所在地	〒																				
電話番号																					
休止年月日	年 月 日																				
指定医療機関名																					
医療機関コード	2 3																				
所在地	〒																				
電話番号																					

新旧対照表

新	旧																				
<p>様式10</p> <p style="text-align: center;">廃止届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者（代表者）氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>次のとおり廃止しましたので届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">廃止年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td style="text-align: center;">〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>〔添付書類〕</p> <p>指定医療機関指定通知書（様式4）又は指定医療機関更新通知書（様式6）の原本</p>	廃止年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号		<p>様式10</p> <p style="text-align: center;">廃止届</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者（代表者）氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>次のとおり廃止しましたので届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">廃止年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td style="text-align: center;">〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>〔添付書類〕</p> <p>指定医療機関指定通知書（様式4）又は指定医療機関更新通知書（様式6）の原本</p>	廃止年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号	
廃止年月日	年 月 日																				
指定医療機関名																					
医療機関コード	2 3																				
所在地	〒																				
電話番号																					
廃止年月日	年 月 日																				
指定医療機関名																					
医療機関コード	2 3																				
所在地	〒																				
電話番号																					

新旧対照表

新	旧																				
<p>様式 1 1</p> <p style="text-align: center;">再 開 届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者（代表者）氏名 印</p> <p>次のとおり再開しましたので届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">再開年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	再開年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号		<p>様式 1 1</p> <p style="text-align: center;">再 開 届</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者（代表者）氏名 印</p> <p>次のとおり再開しましたので届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">再開年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	再開年月日	年 月 日	指定医療機関名		医療機関コード	2 3	所在地	〒	電話番号	
再開年月日	年 月 日																				
指定医療機関名																					
医療機関コード	2 3																				
所在地	〒																				
電話番号																					
再開年月日	年 月 日																				
指定医療機関名																					
医療機関コード	2 3																				
所在地	〒																				
電話番号																					



新旧対照表

新	旧
<p>様式12 (略)</p> <p>様式13</p> <p style="text-align: center;">理 由 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所 (法人の場合は所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏名 (法人の場合は名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定に基づく指定医療機関に係る、所定の手続きを行っているところですが、下記の理由により提出する指定医療機関指定通知書を紛失してしまいました。</p> <p>今後、このようなことのないよう注意しますので、よろしくお願ひします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>理由</p>	<p>様式12 (略)</p> <p>様式13</p> <p style="text-align: center;">理 由 書</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所 (法人の場合は所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏名 (法人の場合は名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定に基づく指定医療機関に係る、所定の手続きを行っているところですが、下記の理由により提出する指定医療機関指定通知書を紛失してしまいました。</p> <p>今後、このようなことのないよう注意しますので、よろしくお願ひします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>理由</p>

新旧対照表

新	旧																												
<p>様式 1 4</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">指定医療機関指定通知書再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関の開設者</p> <p style="text-align: center;">住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: center;">㊟</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第 1 4 条第 1 項に規定する指定医療機関の指定について、下記のとおり指定医療機関の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">医療機関等種別 (該当するものに○)</th> <th style="width: 85%;">病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> </tr> <tr> <td>指定医療機関 名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>再交付申請の理由 (該当するものに○)</td> <td style="text-align: center;">き損 ・ 紛失 ・ その他</td> </tr> <tr> <td>その他の理由</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>〔備考〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 再交付理由がき損の場合は、当該指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。</li> <li>2. 紛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通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに知事に返還してください。</li> <li>3. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。</li> </ol>	医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等	ふりがな		指定医療機関 名称		所在地	〒	電話番号		再交付申請の理由 (該当するものに○)	き損 ・ 紛失 ・ その他	その他の理由		<p>様式 1 4</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">指定医療機関指定通知書再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関の開設者</p> <p style="text-align: center;">住所（法人の場合は所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: center;">㊟</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第 1 4 条第 1 項に規定する指定医療機関の指定について、下記のとおり指定医療機関の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">医療機関等種別 (該当するものに○)</th> <th style="width: 85%;">病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> </tr> <tr> <td>指定医療機関 名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>再交付申請の理由 (該当するものに○)</td> <td style="text-align: center;">き損 ・ 紛失 ・ その他</td> </tr> <tr> <td>その他の理由</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>〔備考〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 再交付理由がき損の場合は、当該指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。</li> <li>2. 紛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通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに知事に返還してください。</li> <li>3. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。</li> </ol>	医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等	ふりがな		指定医療機関 名称		所在地	〒	電話番号		再交付申請の理由 (該当するものに○)	き損 ・ 紛失 ・ その他	その他の理由	
医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等																												
ふりがな																													
指定医療機関 名称																													
所在地	〒																												
電話番号																													
再交付申請の理由 (該当するものに○)	き損 ・ 紛失 ・ その他																												
その他の理由																													
医療機関等種別 (該当するものに○)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者等																												
ふりがな																													
指定医療機関 名称																													
所在地	〒																												
電話番号																													
再交付申請の理由 (該当するものに○)	き損 ・ 紛失 ・ その他																												
その他の理由																													