

第2号様式の15（第2条の16関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関休止等届出書

年 月 日

岐阜県知事 様

届出者（開設者等）

住所又は所在地（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名又は名称（法人にあつては、名称及び代表者氏名）

印

児童福祉法施行規則第7条の36の規定により、下記のとおり届け出ます。

保険医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者
保 険 医 療 機 関 等	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	医療機関コード	
開 設 者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
代 表 者	住 所	
	氏 名	
届出事由		1 業務の休止      2 業務の廃止      3 業務の再開 4 児童福祉法施行規則第7条の36第2号該当
届出事由が生じた日		年      月      日
現に医療費受給を受けている者 に対する措置（休止又は廃止す る場合のみ）		

- 備考 1 「医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業所の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。