

様式9

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

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)

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。

医療機関等種別 (該当するものに○)	病院	診療所	薬局	訪問看護事業者
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				

※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）を添付すること。

※2 紛失したことにより、再交付を受けた後、紛失した指定医療機関指定通知書を発見したときは、当該指定医療機関指定通知書を速やかに市長に返還してください。