様式第５号

|  |
| --- |
| 小児慢性特定疾病医療費助成指定医療機関業務休止等届　 |
| 指定年月日　　　　　　年　　月　　日 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者 |
| 届出事由発生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 届出事由 | １　業務の休止　２　業務の廃止（※１）　３　業務の再開　４　その他（該当するものに○を付け，内容・理由欄を記載してください。） |
| 内容・理由（届出事由が「その他」の場合は，必ず記載してください。） |  |
| 上記のとおり児童福祉法施行規則第７条の３６の規定により届け出ます。　　　　　　年月日医療機関等名称　：所在地　：　コード（※２）：開設者　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：　電話番号　：氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　宮城県知事　　　　殿※１　業務の廃止の場合は，小児慢性特定疾病医療費助成指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。※２　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。 |