様式第３号　　指定医療機関（難病）
指定小児慢性特定疾病医療機関　更新申請書

記載例

該当するものに○をつけてください	難病 小児慢性特定疾病		病院・診療所　薬局　訪問看護事業者等
直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑をしてください			
保険医療機関等	名称	□	○○診療所
	所在地	☑	出雲市△△町５６番地
	電話番号	☑	０８５２－１２－３４５６
	医療機関コード	／	３２１０９８７６５４
開設者	住所	□	
	氏名又は名称	□	
	代表者（訪問看護事業者等のみ記載）住所	□	
	代表者（訪問看護事業者等のみ記載）氏名	□	
標榜している診療科名（薬局・訪問看護事業者は記載不要）		☑	内科、皮膚科
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合）□			

氏名	職名	氏名	職名

変更箇所にチェック

必須項目

変更する項目のみ記入

上記のとおり、
・難病の患者に対する医療等に関する法律第１５条第１項の規定に基づき指定医療機関
・児童福祉法第１９条の１０第１項の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療機関
として指定を更新されたく申請する。また、
・難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第２項
・児童福祉法第１９条の９第２項
の規定に該当しないことを誓約する。

○○年△△月□□日

開設者氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

医療法人××会
理事長　○○　○○

島根県知事　様