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。 | | |