

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

甲府市長 様

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書の再交付について、次のとおり申請します。

指定医療機関名		電話番号	
住 所	〒 -		

再交付理由（いずれかに○を付けてください）

- 1 指定医療機関指定通知書を破損又は汚損したため（※1）
- 2 指定医療機関指定通知書を亡失又は滅失したため（※2）

申 請 者（開 設 者）

氏名又は法人名

印

住所

電話番号

- ※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定通知書を添付してください。
※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失っ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。