

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書

平成 年 月 日

都道府県知事・指定都市市長・中核市市長 殿

氏 名 印

〒
住 所

電話番号

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。

生 年 月 日	大 正 年 月 日 昭 和 成	性 別	男 ・ 女
医籍登録番号		医 籍 日 登 録 年 月 日	大 正 年 月 日 昭 和 成
い① ず又 れは か② をの 記載	① 専門医の 名 称	専門医の 認定機関	専門医の 有効期間 平成 年 月 日迄
	② 研 修 の 名 称	研 修 了 日	平成 年 月 日
※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。			
主 たる 勤 務 先 の 医 療 機 関 (※)	医 療 機 関 名		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
	担 当 す る 診 療 科		

※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。

添付書類

1. 経歴書（様式2号）
2. 医師免許証の写し
3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

（裏面に続く）

(裏面)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。)

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

平成 年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名	印	男 ・ 女	大 正 昭 和 平 成 年 月 日
診断又は治療に 従事した期間	従事した診療科	従 事 し た 医 療 機 関 名	
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
合 計 期 間		計 年 月	

小児慢性特定疾病指定医指定通知書 (新規 ・ 更新)

殿

都道府県知事・指定都市市長・中核市市長
〇〇 〇〇 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医として、平成〇〇年〇〇月〇〇日付けの申請に基づき指定しましたので通知します。

氏 名		指定医番号	
医 籍 登録番号		医 籍 登録年月日	大 正 昭 和 平 成 年 月 日
医療意見書を作成 する主たる 勤務先の 医療機関名		担 当 す る 診 療 科	
医 療 機 関 の 所 在 地			
指定有効期間			

(備考)

1. 指定から5年ごとに更新申請が必要となります。
2. 上記の記載事項及び連絡先（住所及び電話番号）に変更があった場合は、変更の届出が必要になります。
3. 経過的特例により指定医の指定を受けた場合には、平成29年3月31日までの間に指定医育成研修を修了することが必要です。当該研修を受けなかった場合には、平成29年4月1日以降はその効力を失うことになります。
また、指定医育成研修を修了した旨を速やかに届け出てください。

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

平成 年 月 日

都道府県知事・指定都市市長・中核市市長 殿

指定医番号

氏 名 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	主 勤 医 た 務 療 先 機 関	医療機関名	
所 在 地	〒			
電 話 番 号				
担 当 す る 診 療 科				

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付
(裏面に続く)

(裏面)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関がに変更があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。)

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

平成 年 月 日

都道府県知事・指定都市市長・中核市市長 殿

指定医番号

氏 名 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について更新したいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	主 勤 医 た 務 療 先 機 関	医療機関名	
	所 在 地		〒	
	電 話 番 号			
	担 当 す る 診 療 科			

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏面に続く)

(裏面)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関がに変更があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。)

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

様式 6 号

辞 退 届

平成 年 月 日

都道府県知事・指定都市市長・中核市市長 殿

指定医番号

氏 名 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、
児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

辞 退 理 由	
---------	--