

第1号様式（表）

両面印刷で  
お願いします。

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

記載例

令和4年 1月 15日

（宛先）名古屋市長

名古屋市長へあての様式  
であるかご確認ください。

氏 名 名古屋 花子

〒XXX-XXXX  
住 所 名古屋市〇〇区▲町□番地の◆

電話番号 052-XXX-XXXX

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		昭和45年 12月 24日			
医籍登録番号		第12346号		医 籍 登録年月日	平成10年 5月 5日
①又は ②のい ずれか を記載	① 専 門 医 の 名 称	小児科専門医	専 門 医 の 認 定 機 関 (学 会)	日本小児科学会	専 門 医 の 有 効 期 間 平成6年9月30日迄
	② 研 修 の 名 称			研 修 了 日	年 月 日
※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合に記載。②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。					
主たる勤務先 の医療機関 (※)	医療機関名	びよかこどもクリニック			
	所在地	〒XXX-XXXX 名古屋市中区三の丸三丁目〇番●号			
	電話番号	052-XXX-XXXX			
	担当する 診療科	小児科			
従たる勤務先 の医療機関(※)	<input type="checkbox"/> あり（裏面に記載）			<input checked="" type="checkbox"/> なし	

医療意見書を作成する可能性  
のある医療機関のうち、主たる  
勤務先の医療機関をご記入く  
ださい。（名古屋市内のみ）

※ 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医療機関について記載してください。

添付書類

- 経歴書（第2号様式）
- 医師免許証の写し  
（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）
- 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する  
書類の写し又は研修サイトから出力される小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証及  
び受講確認書（第2号様式の2）

忘れずに、該当する□  
に✓をご記入ください。

（裏面に続く）

(裏)

○表面の主たる勤務先以外に勤務し、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。(名古屋市内の医療機関に限る。)

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	

医療意見書を作成する可能性のある医療機関のうち、表面にご記入いただいた主たる勤務先の医療機関以外の医療機関を全てご記入ください。  
(名古屋市内のみ)

※名古屋市の外の医療機関で医療意見書を作成する場合は、その医療機関の所在地を所管する実施主体への申請が必要です。