

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

記載例

両面印刷で
お願いします。

名古屋市長「あての様式
であるかご確認ください。」

令和4年 1月15日

(宛先) 名古屋市長

指定医番号 2301200000

氏 名 小児 太郎

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	☐	氏 名		
	☐	居住地及び連絡先	〒	
	☐	医籍登録番号		
	☐	医籍登録年月日	平成 年 月 日	
	☒	主たる勤務先の医療機関（※）	医療機関名	名古屋小児病院
			所在地	〒XXX-XXXX 名古屋市××区◆◆一丁目2番地
			電話番号	052-XXX-XXXX
☒	従たる勤務先の医療機関（※）	☒ あり（裏面に記載）	☐ なし	

変更事項がある場合のみ、
こちらの欄をご記入ください。

従たる勤務先の医療機関に、変更事項がある場合、どちらかの□に✓をご記入ください。

※ 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。

（裏面に続く）

(裏面)

○表面の主たる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に変更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	びよかクリニック
	所在地	〒XXX-XXXX 名古屋市〇〇区□□四丁目5番地
	電話番号	052-XXX-XXXX
	担当する診療科	小児科
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について変更がある場合のみ、ご記入ください。(名古屋市のみ)

※名古屋市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。