

(様式4号)

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

柏市長 様

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医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。

申請日： 年 月 日

フリガナ								電話番号			
氏 名											
住 所	〒 -										
生年月日	年 月 日							年 齢	歳	性別	男 ・ 女
医籍登録 番 号	第 号							医籍登録 年月日	年 月 日		
指定医番号	1	2						指定 有効期間	年 月 日		
勤務先の 医療機関 (※1)	名 称										
	所在地										
	電話番号										
	担当する 診療科名										
上記以外で意見書 を作成する可能性 のある医療機関 (※2)	名 称								電話番号		
	所在地								担当する 診療科名		
	名 称								電話番号		
	所在地								担当する 診療科名		
	名 称								電話番号		
	所在地								担当する 診療科名		

【(※) 記載上の留意事項】

- ※1 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(診断書)を作成するにあたり主に勤務する医療機関(柏市内に限る)を記載してください。
- ※2 (※1)の医療機関以外に、医療意見書(診断書)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。