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  （※１） |  | | | | | | | | | |
| 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  （※２） | 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  （※３） | 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　氏名については、自署しない場合は記名押印してください。

※２　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）を作成する可能性のある医療機関（柏市内の医療機関に限る）について記載してください。

※３　（※２）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（柏市内の医療機関に限る）があれば記載してください。