

小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医 更 新 申 請 書

年 月 日

(あて先) 東大阪市長

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	☐	氏 名		
	☐	連 絡 先	〒	
	☐	医籍登録番号		
	☐	医籍登録年月日	年 月 日	
	☐	主 勤 医 た 務 療 先 機 関 の 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医療機関について記載してください。（東大阪市内に所在する医療機関に限る）

- (1) 直近の小児慢性特定疾病指定医指定通知書（変更・更新を含む）の写しを添付してください。
- (2) 医籍登録番号又は医籍登録年月日に変更となっている場合、医師免許証の写しを添付してください。
(裏面に書換等の記載がある場合には、裏面の写しも必ず添付してください。)

(裏面に続く)

○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に変更があれば記載してください。（東大阪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	