

## 堺市指定医指定更新申請書

記入例

堺市長 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する医師の指定について、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号）第17条第2項に規定する更新を受けたいので、次のとおり申請します。

※必要事項を記入の上、直近の指定の申請（変更届を含む。）から変更のある項目には、を記入してください。

指定医番号		27T2222222		申請日	〇〇〇〇年 〇月 〇日		
<input type="checkbox"/>	申請者 (指定医)	(フリガナ) 氏名	堺 太郎		大阪府で新規申請した方：27から始まる番号 堺市で新規申請した方：64から始まる番号		
		住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区〇〇町〇				
		電話番号	072-222-2222	生年月日			〇〇〇〇年 〇月 〇日
<input type="checkbox"/>	主として 指定難病の 診断を行う 医療機関	名称	□△クリニック		・全てご記入ください。 ・直近の申請（変更届含む）以降に変更のある項目には <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入して下さい。 ・変更項目がある場合は、変更届（変更届出書はダウンロードしてください）を合わせて提出してください。		
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市西区〇〇町 3-3				
		電話番号	072-111-1111				
		担当する 診療科名	内科・皮膚科				
<input type="checkbox"/>	送付先	区分	<input type="checkbox"/> 申請者宛 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の医		・送付先へ「指定通知書」や「更新のご案内」等を送付します。 ※変更や辞退のお届けに関する通知はしておりません		
		氏名 (姓・名)					
		住所 (所在地)					
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		登録年月日	該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> 、難病指定医の場合は該当する方に <input type="checkbox"/> をしてください。			
<input type="checkbox"/>	指定医の種類	<input type="checkbox"/> 難病指定医（専門医資格保有者・研修修了者） <input checked="" type="checkbox"/> 協力難病指定医					
※いずれかに記載すること。	難病指定医 (専門医資格保有者)	専門医資格 名称			専門医の 認定機関		
		有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
	難病指定医 (研修修了者) 又は協力難病 指定医	研 修 実 施 機 関	堺市・その他( )		該当する方にご記入ください。		
		研修名称	WEB研修・その他( )				

添付書類

- 難病指定医（専門医資格保有者）の更新申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類（有効期間が記載されたもの）の写し又は難病指定医の研修修了を証明する書類
- 協力難病指定医の更新申請の場合は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類
- 氏名が変更された場合は、戸籍抄本等の氏名変更が確認できる書類
- 医籍登録番号又は登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

該当する書類を添付してください。

事務 処理 欄	受付印	有効期間	年 月 日 ~	
	備考欄			