

## 小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

堺市長 殿

氏名  
〒  
住所  
電話番号

児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第 7 条の 11 の規定に基づき申請します。

生年月日		年 月 日			
医籍登録番号		第 号		医 籍 登録年月日	年 月 日
①又は② のいずれ かを記載	①	専門医の 名 称	専門医の認定 機関 (学会)	専門医の有効期間	年 月 日迄
	②	研修の 名 称		研 修 修 了 日	年 月 日
※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。					
主たる勤務先の医療機関 (※)		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主たる医療機関について記載してください。

## 添付書類

1. 経歴書(様式 2 号)
2. 医師免許証の写し  
(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと)
3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

**小児慢性特定疾病児童等データベース利用 指定医 ID・パスワードについて**

医療意見書のオンライン登録を希望する場合は、指定医 ID・パスワードの申請が必要です。希望される場合は、堺市小児慢性特定疾病指定医指定通知書の交付後、堺市電子申請システムから申請してください。詳しくは堺市のホームページを御確認ください。

※他自治体で ID 登録済みの方は、他自治体へ ID 削除依頼を先に行ってください。

(裏面に続く)

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があれば記載してください。

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	