

(様式4号)

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

千葉県知事 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の規定により申請します。

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						
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 日まで		
主たる勤務先の医療機関 (※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ことのある医療機関 (※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)を作成する主たる勤務先の医療機関(千葉市、船橋市及び柏市を除く千葉県内の医療機関に限る)について記載してください。
- ※2 (※1)の医療機関以外に、医療意見書(診断書)を作成することのある医療機関(千葉市、船橋市及び柏市を除く千葉県内の医療機関に限る)があれば記載してください。