

小児慢性特定疾病指定医変更届

船橋市長 あて

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、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則第7条の14の規定に基づき届け出ます。

届出日： 年 月 日

変 更 年 月 日		年 月 日	
		現在の指定内容 (全項目を記入)	変更後 (変更のある項目のみ記入)
		氏 名	
指 定 医 番 号			
住 所	〒 -	〒 -	
電 話 番 号			
医 籍 登 録 番 号	第 号	第 号	
医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日	年 月 日	
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		

(※) 記入上の留意事項

※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)を作成する可能性のある主たる医療機関(船橋市内の医療機関に限る。)について記入してください。

(裏)

		現在の指定内容 (全項目を記入)	変更後 (変更のある項目のみ記入)
上記以外 で意見書 を作成す る可能性 のある医 療機関 (※2)	名称		
	所在地		
	電話番号		
	担当する 診療科名		
	名称		
	所在地		
	電話番号		
	担当する 診療科名		
	名称		
	所在地		
	電話番号		
	担当する 診療科名		

(※) 記入上の留意事項

※2 (※1)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があれば記入してください。