

## 難病指定医指定申請書

申請日：令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 様

医師氏名 千葉 太郎  
〒000-0000  
住 所 千葉県〇〇市〇〇1-1  
電話番号 000-000-0000

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請します。

生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日								
医籍登録番号	1	2	3	4	5	6	医籍登録年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医							協力難病指定医	
難病指定医	① <input checked="" type="checkbox"/>	専門医の資格により申請	専門医の名称				専門医の認定機関(学会)		
			名称 呼吸器専門医 (資格有効期限: 令和〇年〇〇月〇〇日)				日本呼吸器学会		
			名称 (資格有効期限: 年 月 日)						
難病指定医	② <input type="checkbox"/>	都道府県知事等が行う研修を受けて申請	難病指定医の指定に必要なカリキュラムを修了した。				はい・いいえ		
			修了日	年	月	日	(修了書に記載)		
協力難病指定医	③ <input type="checkbox"/>	都道府県知事等が行う研修を受けて申請	協力難病指定医の指定に必要なカリキュラムを修了した。				はい・いいえ		
			修了日	年	月	日	(修了書に記載)		
主たる勤務先の医療機関			医療機関名		医療法人〇〇会 〇〇総合病院				
			所在地		〒000-0000 千葉県〇〇市〇〇1-1				
			電話番号		123-456-7890				
			担当する診療科		呼吸器内科				

(注) 記載上の留意事項

- 難病指定医、協力難病指定医の申請する区分に☑をして下さい。
- 主たる勤務先は、県内の勤務先を記載して下さい。

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

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	

<参考:難病の患者に対する医療等に関する法律>

第6条(申請)

支給認定を受けようとする指定難病の患者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の定める医師(以下「指定医」という。)の診断書(指定難病の患者が指定難病にかかっていること及びその病状の程度を証する書面として厚生労働省令で定めるものをいう。)を添えて、その居住地の都道府県に申請をしなければならない。

2 指定医の指定の手続その他指定医に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

<参考:難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則>

(指定医の指定の申請)

第16条 指定医の申請をしようとする医師は、次に掲げる事項を記載した申請書を、第三号の医療機関の所在地を管轄する都道府県知事に提出しなければならない。

一 当該申請を行う医師の氏名、生年月日、連絡先、医籍の登録番号及び登録年月日並びに担当する診療科名

二 当該申請を行う医師が認定を受けている専門医の資格の名称及びその認定機関又は前条第一項第一号口若しくは同項第二号に規定する研修の名称及びその修了日

三 主として指定難病の診断を行う医療機関の名称及び所在地

四 その他必要な事項

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。ただし、都道府県知事は、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

一 申請者の経歴書

二 医師免許証の写し

三 専門医の資格を証明する書面又は前条第一項第一号口に規定する研修の課程を修了したことを証する書面(難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)

四 前条第一項第二号に規定する研修の課程を修了したことを証する書面(協力難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)