身体障害者福祉法第１５条に規定する医師の指定に関する

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 様式 | その他の添付書類 |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | 8 | 9 |
| 新規申請 | ○注１ | ○注２ |  |  |  | ○ |  |  | 医師免許・専門医等認定証の写し |
| 新規申請（そしゃくの歯科医師） |  |  |  |  |  |  | ○ | ○ | 歯科医師免許の写し |
| 変更 | 診療に従事する医療機関 |  |  | ○ |  |  | ○ |  |  |  |
| その他（氏名、住所、診療に従事する医療機関の名称または所在地） |  |  | ○ |  |  |  |  |  | 氏名変更の場合は変更後の医師免許の写し |
| 診断障がい区分の追加 | ○ | ○ |  |  |  | ○ |  |  | 医師免許の写し |
| 死　　亡 |  |  |  | ○ |  |  |  |  |  |
| 辞　　退 |  |  |  |  | ○ |  |  |  |  |

申請・届書類一覧

注１：研究業績がない場合、「研究態様に関する証明書」を提出してください。

注２：複数指定を希望する場合のみ提出してください。