

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定申請書

年 月 日

広島県知事様

住所

(ふりがな)

氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添付し、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地

病院名：

所在地：(〒)

2 診断しようとする医師の診療科目

3 診断しようとする障害の種別

肢体、 視覚、聴覚等 (聴覚、 平衡機能、 音声・言語、 そしゃく)

心臓、 じん臓、 呼吸器、 ぼうこう・直腸、 小腸、 免疫、 肝臓

※ 原則一障害分野とするが、審査部会が十分な能力があると認めた時は、この限りではない。

4 指定を必要とする理由

地域(山間・島嶼部等)に当該障害分野の指定医師が少ない。

身体障害者手帳申請を要する患者の増加に対応するため。

当該医療機関の既指定医師が退職するため。

(退職指定医名)

その他 ()

5 関係書類

(1) 同意書(様式1)及び承諾書(様式2)

(2) 当該医師の経歴書(第2号様式)

別紙「指定を希望する障害に係る診療実績等」

(3) 当該医師の医師免許証の写し(A4版)

6 当該申請に係る担当部署、担当者及び電話番号

担当部署： 担当者：

電話番号：

【注】：□は、該当箇所にチェックし、()に記載してください

様式 1

同 意 書

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として指定されることに同意
します。

また、指定された診療科名に関係ある障害についてのみ、「身体障害認定基準」
(平成 15 年 1 月 10 日障企発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉
部長通知)及び「身体障害認定要領」(平成 15 年 1 月 10 日障企発第 0110001 号厚
生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)により、診断書・意見書を
交付します。

年 月 日

住 所

氏 名

広 島 県 知 事 様

様式2

承 諾 書

当院医師 が身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定
医師となることを承諾します。

年 月 日

所在地

名 称

代表者(職・氏名)

広 島 県 知 事 様

経 歴 書

ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	歳		
現 住 所	〒					
医 療 機 関	名 称					
	所 在 地	〒				
	診 療 科 目					
医 籍 登 録 日	年 月 日 第 号 (書換の理由 年 月 日)					
経 歴 ・ 職 歴	自	至		任 免 (勸 退) 事 項	診 療 科 目	
	年	月	年	月		
	/	/			大 学 (院) 学 部 卒 業	/
【学会等の加入状況】						
【主たる研究歴と業績】						

【注】最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。

指定を希望する障害に係る診療実績等

※指定を受けようとする障害の種別ごとに、作成すること。

障 害 の 種 別 (該当する障害名にチェック してください)	診 療 実 績 等	
	内 容	従事年数
<input type="checkbox"/> 肢体不自由		年 月
<input type="checkbox"/> 視覚障害		年 月
聴覚等		
<input type="checkbox"/> 聴覚障害		年 月
<input type="checkbox"/> 平衡機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 音声・言語機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> そしゃく機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 心臓機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> じん臓機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 小腸機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 免疫機能障害		年 月
<input type="checkbox"/> 肝臓機能障害		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

【記入要領】

診療実績については、担当する障害種別の経験を具体的に記載すること。

(例)：視覚障害の場合

平成〇〇年△月□日～令和●●年▲月■日 2年3月

国立X病院 眼科勤務 白内障手術執刀医として月平均で20～30件の症例を手がける。