

函館市小児慢性特定疾病指定医指定要領

第1 趣旨

児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第19条の3第1項に規定する診断書（以下「医療意見書」という。）の交付を適正に行うため、同項に規定する指定医（以下「小慢指定医」という。）の指定については、法、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号。以下「省令」という。）、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係る事務取扱要領（平成26年12月11日付け雇児母発1211第2号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知中の別紙。以下「取扱要領」という。）および函館市児童福祉法施行細則（平成17年9月30日規則第82号。以下「細則」という。）によるもののほか必要な事項を定める。

第2 小慢指定医の指定の申請等

1 指定の申請の手続

(1) 小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師（以下「申請医師」という。）は、別記第1号様式の申請書に、次の①～④に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

ただし、市長は、①～④に掲げる書類により証明すべき事実を公簿等で確認することができる場合、当該書類の添付を求めなくともよいものとする。

なお、申請書の記載事項である主たる勤務先の医療機関以外に勤務することのある医療機関については、医療意見書を作成することが想定される医療機関について、可能な範囲で記載すること。

① 経歴書（別記第2号様式）

② 医師免許証の写し

③ 取扱要領別表1の厚生労働大臣が定める認定機関が認定する

専門医（以下「専門医」という。）に認定されていることを証明する書面、または都道府県知事、指定都市市長および中核市市長が行う研修（小児慢性特定疾病の診断または治療に関する一

般的知識および専門的知識を習得するためのもの。以下「小慢指定医育成研修」という。)の修了を証する書面の写し

- ④ ②または③の書類が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類(戸籍抄本等)の写し

2 留意事項

- (1) 市長は、指定申請書に記載された個人情報については、小慢指定医の指定や省令第7条の17に規定する公表など、小慢指定医制度の運用のためにのみ利用することとし、個人情報保護に十分に留意するものとする。
- (2) 市長は、小慢指定医育成研修の修了後は、速やかに小慢指定医の指定申請が行われるよう、研修の機会等を活用して早期申請を促すものとする。

第3 小慢指定医の指定等

1 小慢指定医の指定

- (1) 市長は、小慢指定医の指定をしたときは、別記第3号様式の指定通知書を当該小慢指定医に交付するとともに、次に掲げる事項をホームページで公表するものとする。
- ① 医師氏名
- ② 診療に従事する医療機関の名称および所在地
- ③ 診療に従事する医療機関において担当する診療科名
- (2) 指定年月日は、原則として、指定をした日の属する月の翌月初日とする。ただし、指定をした日とその属する月の初日であった場合、当月からの指定とする。
- (3) 市長が指定通知書に記載する指定医番号は10桁とし、番号は次のとおり設定するものとする。また、小慢指定医が患者の医療意見書を作成する際に、当該指定医番号を当該医療意見書に記載することにより、当該医療意見書が小慢指定医により作成されていることを確認できるようにすることとする。

上5桁：専門医資格を有する小慢指定医 01014

研修を終了した小慢指定医 01024

下5桁：指定をした順に00001から連番とする

- (4) 市長は、指定をした小慢指定医の名簿等を作成し管理する。
- (5) 小慢指定医の指定を受けた医師は、自らの責任のもと指定通知書を管理するものとし、当該指定通知書の有効期間についても十分注意しなければならない。なお、指定通知書の有効期間が切れた後、小慢指定医として行った医療意見書の作成等の行為は取消し得るものとなる。
- (6) 小慢指定医が指定通知書を紛失し、またはき損したときは、その旨（き損のときは当該指定通知書を添付）を市長に届け出るものとする。

2 小慢指定医の指定の申請の却下

- (1) 市長は、小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師が、省令第7条の10に規定する要件（要領第2の1に掲げる要件に同じ。以下「指定要件」という。）を満たしていない場合には、当該医師を小慢指定医として指定しないものとする。

また、市長は、小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師が、実務経験を有し、指定要件を満たしている場合であっても、不適切な診断書を作成したことがあるなど、医療意見書を作成するのに必要な知識と技能を有していないと認められる場合については、小慢指定医の指定をしないことができる。

- (2) 市長は、省令第7条の10第2項の規定により小慢指定医の指定を取り消された後5年を経過していない者その他小慢指定医として著しく不相当と認められる者については、小慢指定医の指定をしないことができる。
- (3) 市長は、小慢指定医の指定をしないこととした場合には、別記第4号様式の却下通知書を当該小慢指定医に交付するものとする。

第4 小慢指定医の指定に係る申請内容の変更

- (1) 小慢指定医は、以下の①～⑤の事項について変更があったときは、別記5号様式の届出書に指定通知書を添えて、市長に提出しなければならない。

- ① 氏名
- ② 居住地
- ③ 連絡先
- ④ 医籍の登録番号および登録年月日

⑤ 担当する診療科名

⑥ 医療意見書の作成を行おうとする医療機関の名称および所在地

(2) 市長は、前号の届出書を受理したときは、当該届出をした小慢指定医に対し、変更後の指定通知書を交付するとともに、①、⑤、または⑥の事項についての変更の届出があったときは、その旨をホームページで公表するものとする。

第5 小慢指定医の指定の更新

- 1 小慢指定医は、その指定を受けた日から5年を超えない日までの間に、別記第6号様式の更新申請書により、更新の申請を行わなければならない。
- 2 市長は、申請者より更新申請書の提出があった場合には、第3の1および3の規定に準じて、別記第3号様式の指定通知書（更新）または別記第4号様式の却下通知書（更新）を当該申請者に対して交付するものとする。
- 3 市長は、専門医に認定されていて小慢指定医の指定を受けた医師が、その指定の更新時に専門医の資格を喪失している場合であっても、それまでに当該小慢指定医が作成した医療意見書の実績等にかんがみ、当該医療意見書が著しく不適切である等の事実が確認されなければ、小慢指定医の指定の更新をすることができる。

第6 小慢指定医の指定の辞退等

- 1 小慢指定医は、その指定を辞退するときは、市長に別記第7号様式の辞退届により届け出ることとする。ただし、指定の辞退を希望する日から60日以上予告期間を設けなければならない。
- 2 1により辞退の届出があったときは、市長はその旨をホームページで公表するものとする。

第7 小慢指定医の指定の取消し等

- 1 市長は、小慢指定医が医療意見書の作成に関し著しく不当な行為を行ったとき、その他小慢指定医として著しく不適当と認められるときは、その指定を取り消すことができる。

なお、小慢指定医がその医師免許を取り消され、または期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、医療意見書の作成を行うこと

ができないと想定されることから、「その他小慢指定医として著しく不相当と認められるとき」に該当するものとして取り扱うものとする。

- 2 小慢指定医は、指定を取り消されたときは、速やかに指定通知書を市長に返還しなければならない。
- 3 1により小慢指定医の指定を取り消したときは、市長はその旨をホームページで公表するものとする。
- 4 市長は、指定の取消しを行う前にあらかじめ、医療意見書の作成に係る診断等が適切に行われているかについて確認を行い、必要に応じて小慢指定医育成研修を改めて受講させるなど十分な指導等を行うこととする。

附 則

この要領は、平成27年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行後、当分の間は、旧要領に規定する申請書等をこの要領に基づく申請書等とみなして使用することができるものとする。

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

函館市長 様

住所

申請者 氏名

電話

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の11の規定により次のとおり申請します。

生 年 月 日		年 月 日		/	
医 籍 登 録 番 号			医籍登録 年 月 日	年 月 日	
①または②の いずれか を 記 載	①	専 門 医 の 名 称	認 定 機 関		
			有 効 期 間	年 月 日 まで	
	②	研 修 の 名 称	研 修 終 了 日		
※上記の①または②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修終了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。					
主たる 勤務先 の医療 機 関	医 療 機 関 名				
	所 在 地				
	電 話 番 号				
	担 当 す る 診 療 科				

添付書類

- 1 経歴書(第2号様式)
- 2 医師免許証の写し
- 3 専門医に認定されていることを証明する書面の写しまたは指定医育成研修の終了を証明する書面の写し

注 主たる勤務先の医療機関欄は、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を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。

主たる勤務先以外の医療機関のうち、勤務して医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

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	
4	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の診断または治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

年 月 日現在

ふりがな		生 年 月 日
氏 名		年 月 日
診断または治療に 従事した期間	従 事 し た 診 療 科	従 事 し た 医 療 機 関 名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合計期間	計 年 か月	

小児慢性特定疾病指定医指定通知書（新規・更新）

年 月 日

様

函館市長 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医として、年 月 日付
けの申請に基づき指定しましたので通知します。

氏 名		指定医番号	
医籍登録番号		医 籍 登録年月日	年 月 日
医療意見書を作成 する主たる 勤務先の 医療機関名		担当する 診療科	
医療機関の 所在地			
指定有効期間			

(備考)

- 1 指定から5年ごとに更新申請が必要となります。
- 2 上記の記載事項および連絡先（住所および電話番号）に変更があった場合は、変更の届出が必要になります。

また、指定医育成研修を修了した旨をすみやかに届け出てください。

別記第4号様式

小児慢性特定疾病指定医指定申請却下通知書（新規・更新）

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けで申請のあった小児慢性特定疾病指定医の指定（更新）
については、次の理由により却下することとしたので通知します。

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

函館市長 様

指定医番号
申請者
氏 名

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の規定により次のとおり届け出ます。

変更のあった事項	<input type="checkbox"/>	氏 名	
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名	
		所 在 地	
		電 話 番 号	
		担 当 す る 診 療 科	

上記の変更のあった年月日 年 月 日

備考

- 1 変更のない事項については記載不要
 - 2 医籍登録番号および医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付
- 注 1 該当する□内にレ印を記入してください。
2 変更のあった事項欄については、変更後の内容を記載してください。

主たる勤務先以外の医療機関のうち、勤務して医療意見書を作成する可能性のある医療機関に変更があれば記載してください。

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	
4	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	

別記第6号様式

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

函館市長 様

指定医番号
申請者
氏 名

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。

変更の あった 事項	<input type="checkbox"/>	氏 名	
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/>	主たる 勤務先 の医療 機 関	医療機関名	
		所 在 地	
		電 話 番 号	
		担 当 す る 診 療 科	

添付書類

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

注 1 該当する□内にレ印を記入してください。

2 変更のあった事項欄については、変更後の内容を記載してください。

主たる勤務先以外の医療機関のうち、勤務して医療意見書を作成する可能性のある医療機関に変更があれば記載してください。

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	
4	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	

別記第7号様式

小児慢性特定疾病指定医辞退届

年 月 日

函館市長 様

届出者 氏 名
指定医番号

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、以下の理由により、児童福祉法施行規則第7条の1 5の規定に基づき指定を辞退します。

辞 退 理 由	
---------	--