

身体障がい者福祉法第１５条に規定する医師の指定
に関する申請・届出書類一覧

		1	2	3	4	5	6	施行細則 様式第4	その他の添付書類
新規申請		○	○					○	医師免許の写し
変更	診療に従事する 医療機関				○			○	
	その他				○				氏名変更の場合は変更後の医師免許の写し
障がい種別の追加指定			○	○				○	医師免許の写し
死亡						○			
辞退							○		

年 月 日

豊 田 市 長 様

届出者 住所

氏 名
(指定医との続柄)

身体障がい者福祉法による指定医死亡届

下記のとおり指定医が死亡しましたので届けます。

死亡した 指定医	氏 名	
	住 所	
診療に従事して いた医療機関	名 称	
	所 在 地	
死 亡 年 月 日		年 月 日
備 考		

（記載要領）

- 1 届出者は指定医の相続人又は遺族等の関係者とします。
- 2 「診療に従事していた医療機関・名称」は必ず正式名称を記載してください。

年 月 日

豊 田 市 長 様

指 定 医 住 所

氏 名

身体障がい者福祉法による指定医辞退届

身体障がい者福祉法施行令第 3 条第 2 項の規定により、下記のとおり指定を辞退します。

医師の氏名		
診療に従事している医療機関名	名 称	
	所在地	
辞退年月日	年 月 日	

（注意）辞退年月日は、60日の予告期間を設けて記入してください。

（記載要領）

「診療に従事している医療機関・名称」は必ず正式名称を記載してください。