様式第1号

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書**

**（病院又は診療所）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　－　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 保険指定機関番号 |  |
| 開設者 | 氏名又は名称 |  |
| 住所 | 〒　－　　　　　　電話 |
| 標榜している診療科目 |  |
| 担当しようとする医療の種類 |  |
| 主として担当する医師又は歯科医師の氏名 |  |
| 主として担当する医師又は歯科医師の経歴 | 別紙１ | 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | 別紙２ |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | 人　 |
| 当該保険医療機関は、指定自立支援医療機関療養担当規程（育成医療・更生医療）（平成18年厚生労働省告示第65号。）を遵守し、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、患者やその家族の要望に応えて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行える体制が整備されているので、上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第59条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたく申請する。また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定（誓約項目）のいずれにも該当しないことを誓約する。　　　年　　　月　　　日開　設　者住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　（あて先）仙台市長 |

* 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、２箇所の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。
* 「保険医療機関の名称」は正式名称をご記載ください。郵便番号、電話番号も必ずご記載ください。

（誓約項目）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５９条第３項で準用する同法第３

６条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く）に該当しないことを誓約すること。

１　第４号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を

経過していない。

２　第５号関係

申請者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律その他の法律（児童福祉

法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

３　第５号の２関係

　　申請者が、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

４　第６号関係

申請者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定自立支

援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過していない。

(1)指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成５年法律第８８号）第１５条の規定による通知があった日前

６０日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

(2)指定を取り消された者が法人でない場合

　取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該者の管

理者であった者で取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

５　第８号関係

申請者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定自立支

援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して５年を経過していない。

６　第９号関係

申請者が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による検査が行わ

れた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して５年を経過していない。

７　第１０号関係

第８号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請

者が、第８号の通知の日前６０日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して５年を経過していない。

８　第１１号関係

申請者が、指定の申請前５年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

９　第１２号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第４号から第１１号までのいずれかに該当する。

１０　第１３号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第４号から第１１号までのいずれかに該当する。

（記入要領）

１　「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。郵便番号、電話番号も必ず記載すること。

２　「担当しようとする医療機関の種類は」は、次のうち希望するものを記載すること。

（１）眼科に関する医療　　　　　　　　　（９）心臓移植に関する医療

（２）耳鼻咽喉科に関する医療　　　　　　（10）腎臓に関する医療

（３）口腔に関する医療　　　　　　　　　（11）腎移植に関する医療

（４）整形外科に関する医療　　　　　　　（12）小腸に関する医療

（５）形成外科に関する医療　　　　　　　（13）肝臓移植に関する医療

（６）中枢神経に関する医療　　　　　　　（14）歯科矯正に関する医療

（７）脳神経外科に関する医療　　　　　　（15）免疫に関する医療

（８）心臓脈管外科に関する医療

３　「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに記載すること。

４　「自立支援医療を行うための収容施設の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。

５　（別紙１）経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。

６　（別紙１）経歴書の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。

７（別紙１）経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。

　（１）医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。

（２） 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のため利用した施設につい

ては、関係した専門科目まで必ず記載すること。

（例えば、○○医科大学眼科学教室又は○○病院眼科のように記載し、○○医科大学○○病院のように省略しないこと。）

（３）勤務先における身分（例えば医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。

（４）非常勤職員については、1か月又は１週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に

　　記載すること。

1. ２以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用

　　状況等を具体的に記入すること。

 　（例えば、○○医科大学整形外科週4日（延○時間勤務）、○○病院週２日（延○時

　　間勤務）等）

1. 大学院については、専門コースを明確に記載すること。（例えば、○○医科大学大

　　学院医学研究科整形外科学教室等）

８（別紙１）経歴書には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別（講義の受講、臨床的

研究、理論的研究、実習等）期間、従事日数（１か月又は１週間あたり）、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書（別紙３）を添付すること。

９（別紙２）自立支援医療を行うために必要な設備及び体制には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。

10　腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ（別紙

　４）及び（別紙５）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

11　心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、

（別紙６）又は（別紙７）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

1. 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、

（別紙８）又は（別紙９）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。