

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
の変更申請について（指定訪問看護事業者等）

■以下の様式は、**変更申請**を行う際に使用するものです。

申請は、ホームページ掲載書類に加え、次の関係書類を添付のうえ、県障がい福祉課へ提出してください。

■掲載書類

- ・様式２－（３）：変更申請書
- ・別紙１：職員の定数
- ・別紙２：徳島県様式
- ・参考資料

■関係書類

- ・訪問看護師養成講習会修了証書の写し（変更が生じている場合）

■申請書類の記載の注意点等について

- ・申請書
名称、所在地等について正確に記載してください。
- ・申請書類一式の押印は不要です。ただし、文書を訂正する場合は、二重線で取消の上、申請御担当者様の訂正印を押印願います

送付先 〒７７０－８５７０
徳島市万代町１丁目１番地
徳島県保健福祉部障がい福祉課
電 話 ０８８（６２１）２２４８
ファクシミリ ０８８（６２１）２２４１

様式 2 - (3)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更申請書
（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称		
	主たる事務所の所在地		〒
	代 表 者	住所	
		氏名	
		生年月日	
職名			
訪問看護ステーション等	名 称		
	所 在 地		〒
	職 員 の 定 数		（別紙 1）

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 64 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者

開 設 者
住 所
氏 名 又 は 名 称

徳 島 県 知 事 殿

※ 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，様式中の「（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すること。

（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36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、禁固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条の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（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。

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。

(別紙1)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数

（備考） 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

(別紙2)

訪問看護ステーション等の名称：_____

1 (健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者)

事業所番号：_____

(介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅介護サービス事業者
又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者)

事業所番号：_____

2 人員体制 (年 月 日現在)

	常 勤	非常勤	計
看 護 師	人	人	人
准 看 護 師	人	人	人
作業療法士	人	人	人
理学療法士	人	人	人
そ の 他	人	人	人
計	人	人	人

3 訪問看護師養成講習会受講者数

常 勤 _____人

非常勤 _____人

*修了書の写しを添付してください

4 対象患者数 (年 月 日現在)

	脳血管障害によるもの	その他	計
患 者 数	人	人	人
うち身体障害者 手帳所持者数	人	人	人

参考資料

変更申請

指定訪問介護事業者等の名称	
電話番号	
ファクシミリ番号	
開設年月日	年 月 日
申請関係に関する連絡先	(電話番号) (メールアドレス)
申請関係の担当者名	
備考	変更内容 <input type="checkbox"/> 住所地の変更（ただし、事業所番号に変更のないもの） <input type="checkbox"/> 開設者（法人）の変更（ただし、事業所番号に変更のないもの） <input type="checkbox"/> 法人役員の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※諸変更に伴い、事業所番号も変更となる際は、変更申請ではなく、新規申請としての取扱となります。