

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）  
の指定**更新**申請について（病院又は診療所）

■以下の様式は、**指定更新申請**を行う際に使用するものです。

指定**更新**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3－（1）：指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書
- ・別紙1：自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要  
（直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）
- ・参考資料

■関係書類

- ・病院又は診療所の見取図等  
（直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）

■**更新**申請書類の記載等の注意点について

- ・**更新**申請書は、担当しようとする医療の種類ごとに提出してください。
- ・標榜している診療科目は、病院等での診療科目全てについて記載いただき、担当しようとする医療の種類に係るものについては、アンダーライン等で分かるように区別してください。
- ・病院等の名称、所在地等については、正確に記載してください。
- ・（別紙1）の体制欄は、人員配置、診療時間、自立支援医療の支給内容、支給定員等を記入してください。
- ・更新申請を行うにあたって、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があり、その変更の申請、届出を欠いている場合には、更新申請書とは別に変更申請書、変更届出書が必要です。（但し自立支援を行うために必要な体制及び設備の変更の場合は、「指定更新申請書」に「別紙1」を添付することで対応可能です。）
- ・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

徳島県保健福祉障がい福祉課

電話 088（621）2248

ファクシミリ 088（621）2241

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書  
（病院又は診療所）

|  |         |   |                                     |             |
|--|---------|---|-------------------------------------|-------------|
| 保険医療機関   | 名 称     |   |                                     |             |
|  | 所 在 地   |   |                                     |             |
| 開 設 者  | 住 所     |   |                                     |             |
|  | 氏名又は名称  |   |                                     |             |
|  | 生 年 月 日 |   | 職名                                  |             |
| 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<br>歯科医師の氏名  |         |   | 自立支援医療を行うために<br>必要な体制及び設備の<br>変更の有無 | 有<br>・<br>無 |
| 自立支援医療を行うための入院設備の<br>定員  |         | 人 |                                     |             |
| <p>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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>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）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者<br/>住 所<br/>氏名又は名称</p> <p style="text-align: center;">徳 島 県 知 事 殿</p> |         |   |                                     |             |

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※ 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

※ 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」，「役員の氏名，生年月日及び住所の変更の有無において，直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は，それぞれ別紙1，別紙2を添付すること。

(記入要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「担当しようとする医療の種類」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
  - (2)耳鼻咽喉科に関する医療
  - (3)口腔に関する医療
  - (4)整形外科に関する医療
  - (5)形成外科に関する医療
  - (6)中枢神経に関する医療
  - (7)脳神経外科に関する医療
  - (8)心臓脈管外科に関する医療
  - (9)心臓移植に関する医療
  - (10)腎臓に関する医療
  - (11)腎移植に関する医療
  - (12)小腸に関する医療
  - (13)肝臓移植に関する医療
  - (14)歯科矯正に関する医療
  - (15)免疫に関する医療
- 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入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。

(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（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き法（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（事業の廃止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（当該事業の廃止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、その役員の中に第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)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

|               | 品目 | 数量 | 品目 | 数量 |
|---------------|----|----|----|----|
| 設備<br>(主要なもの) |    |    |    |    |
| 体制            |    |    |    |    |

参考資料： 指定更新申請（該当する方を○で囲んでください）

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 育成医療・更生医療の別   | 育成医療 ・ 更生医療  |       |
| 病院又は診療所の別   | 病院 ・ 診療所   |       |
| 医療機関の名称   |  |       |
| 医療機関番号  |  |       |
| 郵便番号  |  |       |
| 電話番号・ファクシミリ番号   | Tel.   | Fax.  |
| 開設年月日   |  |       |
| 前回の指定内容   | 主として担当する医師の氏名  | 指定年月日 |
| 1 眼科に関する医療  |  |       |
| 2 耳鼻咽喉科に関する医療   |  |       |
| 3 口腔に関する医療  |  |       |
| 4 整形外科に関する医療  |  |       |
| 5 形成外科に関する医療  |  |       |
| 6 中枢神経に関する医療  |  |       |
| 7 脳神経外科に関する医療   |  |       |
| 8 心臓脈管外科に関する医療  |  |       |
| 9 心臓移植に関する医療  |  |       |
| 10 腎臓に関する医療   |  |       |
| 11 腎移植に関する医療  |  |       |
| 12 小腸に関する医療   |  |       |
| 13 肝臓移植に関する医療   |  |       |
| 14 歯科矯正に関する医療   |  |       |
| 15 免疫に関する医療   |  |       |
| 申請関係に関する連絡先   | (電話番号)<br>(メールアドレス)  |       |
| 申請関係の担当者氏名  |  |       |
| 直近の指定の申請（変更届を含む）時点からの変更の有無<br><br>※左の項目にチェックを入れてください。 | <input type="checkbox"/> 変更はないことを確認した。<br>→更新申請書を提出してください。<br><input type="checkbox"/> 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要に変更があった。<br>→更新申請書に別紙1及び関係書類を添付してください。<br><input type="checkbox"/> 上記以外に変更があった。<br>→更新申請書とは別に、変更届出等の手続きが必要です。<br>詳しくは障がい福祉課へお問い合わせください。 |       |