

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
の変更の届出について（病院又は診療所）

■以下の様式は、変更の届出（担当しようとする自立支援医療の種類を変更する場合は、この様式ではなく、別途掲載している様式1－（1）にて変更申請してください。）を行う際に使用するものです。

届出は、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－（1）：指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書
- ・別紙1：経歴書
- ・別紙2：自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要
- ・別紙3：研究内容に関する証明書
（※直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）
- ・別紙4：人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書
（※腎臓に関する医療の場合のみ。直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）
- ・別紙5：中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書
（※小腸に関する医療の場合のみ。直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）
- 別紙6：心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）
- 別紙7：心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）
（※別紙6、7は心臓移植に関する医療のうち心臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合のみ。直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）
- 別紙8：肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）
- 別紙9：肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）
（※別紙8、9は肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合のみ。直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）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

- ・医師免許証の写し
- ・病院又は診療所の見取図等
- ・論文等研究内容の分かる書類
（※直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない場合は任意）

■届出書類の記載等の注意点について

- ・変更届出書は、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。
- ・経歴書（別紙1）の氏名欄のふりがなの記載を忘れないようにお願いします。
また、卒業年月も記載してください。
- ・（別紙2）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。
- ・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）変更届出書
（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 歯科医師の経歴	(別紙1)	自立支援医療を行うため に必要な体制及び設備の 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		
<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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>徳 島 県 知 事 殿</p>				

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 3 「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。
- 4 (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。
- 5 (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。
- 6 (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に利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇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。
 - (5) 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、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
 - (6) 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、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 7 (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。
- 8 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。
- 9 (別紙2) 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、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 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。
- 11 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植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。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		姓 名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名，学位論文名又は学会に提出した論文名			

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 (主要なもの)								
体 制								

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏名

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日 }
至 年 月 日 } 月間 (1 週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日 }
至 年 月 日 } 月間 (1 週 日 時間)

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名
氏名

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名 市立 ○○ 病院
氏 名 △△ △

1 研究テーマ 変形性膝関節症の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 平成○年1月1日

至 平成○年6月30日

6 月間 (1 週 6 日 4 4 時間)

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成○年7月1日

至 平成○年5月31日

1 1 月間 (1 週 6 日 4 4 時間)

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例

小児に発生した pancoast 腫瘍の1例

足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年○○月○○日

大学名 ○○大学医学部教授
氏 名 △△ △

(別紙4)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 (年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
○ ○ 病 院	年月日 ~ 年月日	中心静脈栄養法 ()	
○ ○ 病 院	~	()	
○ ○ 病 院	~	()	
○ ○ 病 院	年月日 ~ 年月日	経腸栄養法	
○ ○ 病 院	~		
○ ○ 病 院	~		
○ ○ 病 院	~		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 4 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
 - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

(別紙5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医師名		
医療機関名	期 年月日	間 年月日	症 例 数	備 考
	年月日	年月日	中心静脈栄養法	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	年月日	年月日	経腸栄養法	
	～			
	～			
	～			
	～			
	～			
	～			
	～			
	～			
	～			

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」, 「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

(別紙6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 病院 病院 病院 病院 HP	(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 病院 病院 病院 病院 HP	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 HP (国 名)	
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国 名)	
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名, 学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」, 「症例数」, 「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 病院 病院 HP	(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 病院 HP	(国 名)
連携する医師の経歴書	生年月日		学位
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名, 学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙8)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名	期 間	症例数	主たる担当	備考
			医 師 名	
	年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
	年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

(別紙8)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名			主たる担当		
			医 師 名		
期	間	症例数	実施医療機関名等		備考
年	月～	年	肝臓移植後の抗免疫療法		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	HP		(国 名)
年	月～	年	肝臓移植術		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	病院		
年	月～	年	HP		(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国 名)	
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国 名)	
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名, 学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」, 「症例数」, 「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する 医療機関		連携する 医師名			
期	間	症例数	実施医療機関名等	備考	
年	月～	年	月	肝臓移植術	病院
年	月～	年	月		病院
年	月～	年	月		病院
年	月～	年	月		HP (国名)
年	月～	年	月	肝臓移植術後の抗免疫療法	病院
年	月～	年	月		病院
年	月～	年	月		病院
年	月～	年	月		HP (国名)
連携する医師の経歴書		生年月日		学位	
年	月	日	任	免	事
項 師事した指導者名, 学位論文名又は学会論文名					

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

参考資料

変更の届出（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			
開設年月日（予定）			
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) (メールアドレス)		
申請関係の担当者氏名			
備考			

※「医療機関番号」もしくは「自立支援医療の種類」を変更する際は、新規申請としての取扱となります。