

様式1－(1)

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

医 療 機 関	名 称														
	所 在 地	〒 TEL (医療機関コード)													
開 設 者	住 所	〒 TEL													
	氏名又は名称														
	生 年 月 日		職 名												
標榜している診療科 (該当する診療科に○を記入してください)	・ 眼 科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 整形外科 ・ 泌尿器科 ・ 脳神経外科 ・ 内 科 ・ 外 科 ・ 呼吸器科 ・ 消化器科 ・ 歯科 ・ その他()														
担当をしようとする医療 (該当している種類に○をしてください)	眼科	耳鼻咽喉科	口腔	整形外科	形成外科	中枢神経	脳神経外科	心臓脈管外科	心臓移植	腎臓	腎移植	小腸	肝臓移植	歯科矯正	免疫
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名	(ふりがな)								経 歴						
									(別紙①)にご記入ください						
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)にご記入ください				自立支援医療を行うための 入院設備の定員				人						
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第 59 条第1項の規定 による指定自立支援医療機関として指定(変更)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。(役員含む) 年 月 日 開 設 者 住 所 (提出先) 氏名又は名称 大 阪 市 長															

(※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 更生医療又は育成医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式(1-1)中の「(更生医療・育成医療)」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。

特段の記載がない場合は、更生医療及び育成医療双方の申請があったものとして取り扱う。

2 様式(1-1)中の「指定(変更)」については、当該申請書の該当しない申請内容を二重線で消去すること。

3『保険医療機関』の名称は、正式名称を記載すること。

4『保険医療機関コード』を必ず記入すること。

5『標榜する診療科』については、担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものについてのみ記載すること。

6『担当しようとする医療の種類』は、希望するものに○を付すこと。

- | | | |
|-----------------|------------------|----------------|
| (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 |

7『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。

8『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。

9(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。

10(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資格等(認定医、指導医等)を記載し、その証明(認定医証等写し)を添付すること。

11(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）

12（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。

13（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。

14 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ときは、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。

15 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。

16 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。

17 腎移植に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙⑩）による腎移植症例証明書を経歴書に添付すること。

18 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙⑪）による歯科矯正症例証明書を経歴書に添付すること。

(別紙①)

経 歴 書

ふりがな 学 位		氏 名		生年月日	T ・ S ・ H ・ ・
現 住 所					
関 係 学 会 加 入 状 況 (学会名・加入年月 ・学会における資格等)					
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			

※専門医等の資格がある場合は必ず写しを添付すること。

(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

設備 で 主 要 な も の	品目	数量	品目	数量
体				
制				

(備考) 平面図(各部屋の名称及び面積を記入したもの)を添付すること。

(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験

自	年	月	日			
至	年	月	日	月間(1週	日	時間)

(2) 教室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
大学等名称			
氏 名			

※記載例は裏面にあります。

(別紙③ 記載要領)

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名 市立〇〇病院
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験

自 (元号) 〇年 1月 1日
至 (元号) 〇年 6月 30日 6月間(1週 6日 44時間)

(2) 教室指導下での教室外における臨床実習

自 (元号) 〇年 7月 1日
至 (元号) □年 5月 31日 11月間(1週 6日 44時間)

3 その他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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大学等名称 〇〇大学医学部

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

※記載例は裏面にあります。

(別紙⑤ 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 医療機関名		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後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 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 医療機関名		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後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。

腎移植症例証明書

医 療 機 関 名

氏 名

1 腎移植症例数等

(1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月

至 年 月 (計 年 か月)

(2) 腎移植症例数 件

2 腎移植症例 (直近3例以上)

	実 施 し た 年 月 日	実 施 し た 医 療 機 関	レシピエントの		ド ナ ー		治 療 経 過
			性別・年齢		性別・年齢	続柄	
症例1	年 月 日						
症例2	年 月 日						
症例3	年 月 日						
症例4	年 月 日						
症例5	年 月 日						

※記入上の注意

1. 症例については主として執刀した臨床実績を記入してください。
2. ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献腎」と記入してください。
3. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長により証明を受けてください。

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⑪)

歯科矯正症例証明書

医療機関名

氏 名

1 口蓋裂の歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月

至 年 月 (計 年 か月)

(2) 歯科矯正症例数 件

2 口蓋裂の歯科矯正症例 (直近分)

	口蓋裂の歯科矯正臨床内容					
	実施した 医療機関	実施した 年	初診時 年齢	診断名	治療方針	治療経過
症例①		年				
症例②		年				
症例③		年				
症例④		年				
症例⑤		年				

※ 記入上の注意

- 1 症例については主として治療した臨床実績を記入してください。
- 2 実施した医療機関が複数に及ぶ場合はそれぞれの機関の長等により証明を受けて下さい。

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