

様式4- (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(病院又は診療所)

|  |  |                        |    |  |
|--|--|------------------------|----|--|
| 医療機関   | 名称   |                        |    |  |
|  | 所在地  | 〒<br>TEL<br>(医療機関コード ) |    |  |
| 開設者  | 住所   | 〒<br>TEL               |    |  |
|  | 氏名又は名称   |                        |    |  |
|  | 生年月日   |                        | 職名 |  |
| 標榜している診療科<br>(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<br>・内科 ・外科 ・呼吸器科 ・消化器科 ・歯科<br>・その他( )                |                        |    |  |
| 担当をしようとする医療<br>(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<br>又は歯科医師の氏名  | (ふりがな)   |                        |    |  |
| 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  | 有 ・ 無  | 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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関として指定を更新されたく申請する。<br>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)<br>年 月 日<br>開設者<br>住所<br>(提出先) 氏名又は名称<br>大 阪 市 長 |  |                        |    |  |

※「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②)を添付すること。

(※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 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(4-(1))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。

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

2 『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②)を添付すること。

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) 心臓血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。