様式第１号

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書**

**（病院又は診療所）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | | 名称 | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | 〒　　　－  〔電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| 開設者 | | 住所 | | | 〒　　　－ | | | | | |
| 氏名又は名称 | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | 職名 | |  |
| 医療機関コード | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 正 | 氏名 | |  | | | 副 | 氏名 | |  | |
| 経歴 | | 経歴（付表１） | | | 経歴 | | 経歴（付表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 | | | | （付表２） | | | | | | |
| 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（平成17年法律第123号）第59条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたく申請します。  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します。  　　　　 　　　年　　　月　　　日  福岡市長　様  開　設　者  住　　　所  氏名又は名称 | | | | | | | | | | |

※　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。

（記載要領）

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　　　　　　　（９）心臓移植に関する医療

　（２）耳鼻咽喉科に関する医療　　　　（10）腎臓に関する医療

　（３）口腔に関する医療　　　　　　　（11）腎移植に関する医療

　（４）整形外科に関する医療　　　　　（12）小腸に関する医療

　（５）形成外科に関する医療　　　　　（13）肝臓移植に関する医療

（６）中枢神経に関する医療　　　　　（14）歯科矯正に関する医療

　（７）脳神経外科に関する医療　　　　（15）免疫に関する医療

　（８）心臓脈管外科に関する医療

３　「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。

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。

５　（付表１）経歴書の「医師免許」は，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。

６　（付表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。

７　（付表１）経歴書の「所属学会」は，所属している学会及び学会における必要な記録を記載す

ること。

８　（付表１）経歴書の「経歴」は，次の点に留意し記載すること。

　（１）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，○○医科大学眼科学教室又は○○病院眼科のように記載し，○○医科大学，○○病院のように省略しないこと。）

　（２）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。

　（３）非常勤職員については，１か月又は１週間当たりの勤務日数，延時間数を明確に記載すること。

　（４）２以上の施設に兼務するなどの場合は，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，○○医科大学整形外科週４日（延○時間勤務），○○病院週２日（延○時間勤務）等）

　（５）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，○○医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等）

９　（付表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（参考様式２）を添付すること。

　　10　（付表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。

　　11　心臓移植に関する医療を担当しようとする場合は，（参考様式３）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。

　　12　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，（参考様式４）及び（参考様式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。

13　腎臓に関する医療を担当しようとする場合は，（参考様式６）及び（参考様式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。

　　14　小腸に関する医療を担当しようとする場合は，（参考様式８）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　肝臓移植に関する医療を担当しようとする場合は，（参考様式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。

　　16　肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療を担当しようとする場合は，（参考様式10）及び（参考様式11）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　口蓋裂の歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は，（参考様式12）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。