

第 4 1 号様式

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
(病院又は診療所用)

年 月 日

相模原市長 あて

申請者((*)欄と同じ住所等を記載)

住 所 _____

氏名又は名称 _____

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 5 9 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)としての指定(更新)を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 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。

保険医療機関	ふりがな 名 称	医療機関コード()		
	所 在 地	〒	電話 ()	
開 設 者 (*)	住 所			
	氏名又は名称			
	生年月日	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	氏 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	(別紙 2)
	経 歴	(別紙 1)		
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		

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。

別紙 1、別紙 2 は、それぞれ更新申請において直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がない場合のみ添付の省略ができる。

(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 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 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、賃金の支払い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 8 8 号) 第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 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 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 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 1 5 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。

(第41号様式別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	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			

41号様式別紙3及び医師免許証(写し)を添付すること(全ての医療)。
担当しようとする医療の種類により、次の書類を併せて添付すること。

- ・じん臓...第41号様式別紙4
- ・小腸...第41号様式別紙5
- ・心臓移植...第41号様式別紙6及び7
- ・肝臓移植...第41号様式別紙8及び9

(第 4 1 号様式別紙 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

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

(第41号様式別紙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(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(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 _____

印

(第41号様式別紙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	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	

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 _____ 印

(第 4 1 号様式別紙 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 ~ 年 月	中心静脈栄養法	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	経腸栄養法	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	
病院	年 月 ~ 年 月	()	

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 _____ 印

(第41号様式別紙6)

心臓移植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		心臓移植後の抗免疫療法 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		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 _____ 印

(第41号様式別紙7)

心臓移植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)

所属する 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		心臓移植術			
年 月 ~ 年 月		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		心臓移植後の抗免疫療法			
年 月 ~ 年 月		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	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 _____ 印

(第 4 1 号様式別紙 8)

肝臓移植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		肝臓移植後の抗免疫療法 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月		肝臓移植術 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		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 _____ 印

(第41号様式別紙9)

肝臓移植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)

所属する 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		肝臓移植術 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 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	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 _____ 印