

様式第12号その1 (第3条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定(変更)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	〒	電話番号	
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標ぼうしている診療科名				
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
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項において準用する同法第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。)の規定に該当しない旨の誓約書				(別紙11)
<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(変更)されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏名又は名称</p> <p>島根県知事 様</p>				

医療機関コード： _____

記載要領

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療の部分を二重線で消去すること。
- 2 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載し、保険医療機関であることが分かる書類(指定通知書の写し等)を添付すること。
- 3 「担当しようとする医療の種類」は、次の表のうち希望するものを記載し、それぞれ担当しようとする医療の種類ごとに(別紙1)の経歴書、(別紙2)の自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要その他必要な書類を添付すること。

担当しようとする医療の種類	添付すべき書類					保険医療機関指定通知書の写し等
	(別紙1)	医師免許証の写し	(別紙3)	その他	(別紙2)	
(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	○	○	○	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)	○	○
(10) 腎臓に関する医療	○	○	○	(別紙4)	○	○
(11) 腎移植に関する医療	○	○	○		○	○
(12) 小腸に関する医療	○	○	○	(別紙5)及び(別紙5の2)	○	○
(13) 肝臓移植に関する医療	○	○	○	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)	○	○
(14) 歯科矯正に関する医療	○	○	○	(別紙10)	○	○
(15) 免疫に関する医療	○	○	○		○	○

(別紙1)

経 歴 書

学 位		フリガナ 氏 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			

備考

- 1 「学位」欄には、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 2 「関係学会加入状況」欄には、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。
- 3 「任免事項」欄には、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(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週間当たりの勤務日数及び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、利用状況等を具体的に記載すること(例えば、〇〇大学附属病院矯正歯科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院矯正歯科週1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)。
- 4 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週間当たり)その他研究態様を明らかにするための主任教授等の証明による(別紙3)の研究内容に関する証明書を添付すること。
- 5 腎臓に関する医療を担当しようとする場合は、(別紙4)の人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書を添付すること。
- 6 小腸に関する医療を担当しようとする場合は、(別紙5)の中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書及び(別紙5の2)の中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧を添付すること。
- 7 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)の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)又は(別紙7)の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)を添付すること。
- 8 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)の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)又は(別紙9)の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)を添付すること。
- 9 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は、(別紙10)の口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績等証明書を添付すること。

(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

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

備考 担当しようとする医療の種類に応じて特に必要とされるものを記載すること。

(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

(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
	年月日 ～ ～ ～	中心静脈栄養法 () () ()	
	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

備考

- 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 「期間」欄及び「症例数」欄には、直近時から遡って、記入欄の範囲内で記載すること。また、直近時から遡って、中心静脈栄養法20例及び経腸栄養法10例について記載した(別紙5の2)の中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧を添付すること。
- 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、同一日又は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の2)

中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧

中心静脈栄養法					経腸栄養法				
番号	臨床実施 医療機関名	患者		期間	番号	臨床実施 医療機関名	患者		期間
		性別	年齢				性別	年齢	
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				
6					6				
7					7				
8					8				
9					9				
10					10				
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

備考 直近時から遡って、中心静脈栄養法20例及び経腸栄養法10例について記載すること。

(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
年月日 ～ ～ ～	年月日	心臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
年月日 ～ ～ ～	年月日	心臓移植術 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

備考

- 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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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
年月日 ～ ～ ～		心臓移植術 病院 病院 HP	(国 名)
年月日 ～ ～ ～		心臓移植術後の抗免疫療法 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	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名	

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

備考

- 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」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術 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

備考

- 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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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
年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術 病院 病院 HP	(国 名)
年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法 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	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名	

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

備考

- 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」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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10)

口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績等証明書

指 定 申 請 医 療 機 関 名		主たる担当 歯科医師氏名	
----------------------	--	-----------------	--

番号	臨床実施医療機関名	患 者		期 間	備 考
		性 別	年 齢		
1					
2					
3					
4					
5					

備考 口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績について、直近時から遡って5例記載すること。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(別紙11)

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項において準用する同法第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。)の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

島根県知事 様

開設者

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59条第3項において準用する同法第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。)の規定に該当しないことを誓約します。

(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項において準用する同法第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。)の規定関係

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(昭和22年法律第164号)、医師法(昭和23年法律第201号)、歯科医師法(昭和23年法律第202号)、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)、医療法(昭和23年法律第205号)、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)、生活保護法(昭和25年法律第144号)、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)、薬剤師法(昭和35年法律第146号)、介護保険法(平成9年法律第123号)、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)及び再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号))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(昭和22年法律第49号)、最低賃金法(昭和34年法律第137号)及び賃金の支払の確保に関する法律(昭和51年法律第34号))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6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する者がある。

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6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する。