様式第7号(その1)(第9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

(病院または診療所)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保健医療機関 | 名称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| 開設者 | 住所 | |  | | | | | | |
| 氏名または名称 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | 職名 |  | |
| 標ぼうしている診療科目 | | |  | | | | | | |
| 担当しようとする医療の種類 | | |  | | | | | | |
| 主として担当する医師または歯科医師の氏名および職歴 | | (付表1―1) | | | 自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要 | | | | (付表1―2) |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員(診療所のみ) | | | | 人 | | 役員の氏名、生年月日および住所 | | | (付表1―10) |
| 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の指定を受けたい(変更したい)ので、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項の規定により上記のとおり申請します。  　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号までおよび第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  申請者  所在地  名称  代表者氏名  　福井県知事　　様 | | | | | | | | | |

　備考

　　1　育成医療また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、指定を希望しない自立支援医療の部分を二重線で消去してください。

　　2　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記入してください。

　　3　「標ぼうしている診療科目」欄には、標ぼうしている診療科目が多数ある医療機関については、自立支援医療に関係する診療科目を記入してください。

　　4「担当しようとする医療の種類」欄には、次のうち希望するものを記入してください。

　　　　(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

　　5　「主として担当する医師または歯科医師の氏名および経歴」は、担当しようとする医療の種類ごとに記入してください。

　　6　「自立支援医療を行うための入院設備の定員」欄には、担当しようとする医療の種類ごとに記入してください。

　(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(第1号から第3号までおよび第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、また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、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、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、また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、労働基準法、最低賃金法および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、その執行を終わり、また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縦法(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また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縦法第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る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縦法第15条の規定による通知日から処分をする日また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。)の役員等また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また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(第7号を除く。)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(第7号を除く。)のいずれかに該当する。

　(付表1―1)

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 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および学位論文名また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入してください。

　　2　「関係学会加入状況」欄には、加入している学会名および学会における必要な記録を記入してください。

　　3　「任免事項」欄の記入に当たっては、次の点に留意してください。

　　　(1)　医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。

　　　(2)　病院研究機関等医師または歯科医師が勤務し、また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入してください(例えば、○○医科大学眼科学教室または○○病院眼科のように記入し、○○医科大学、○○病院のように省略しないでください。)。

　　　(3)　勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記入してください。

　　　(4)　非常勤職員については、1月または1週間当たりの勤務日数および延時間数を明確に記入してください。

　　　(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または利用状況等を具体的に記入してください(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)。

　　　(6)　大学院については、専門コースを明確に記入してください(例えば、○○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月または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による証明書(付表1―3)を添付してください。

　　5　腎臓に関する医療および小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ(付表1―4)および(付表1―5)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付してください。

　　6　心臓移植に関する医療のうち抗免疫療法を担当しようとする場合は、(付表1―6)または(付表1―7)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付してください。

　　7　肝臓移植に関する医療のうち抗免疫療法を担当しようとする場合は、(付表1―8)または(付表1―9)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付してください。

　(付表1―2)

自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品目 | 数量 | 品目 | 数量 |
| 設備(主要なもの) |  |  |  |  |
| 体制 |  | | | |

　備考　自立支援医療を行うために必要な体制および設備には、それぞれの自立支援医療で特に必要とされるものを主に記入してください。

　(付表1―3)

研究内容に関する証明書

医療機関名

氏名　　　　　　　　　　　印

　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月間(1週　　日　　時間)

　　　　至　　　　年　月　日

　　(2)教授指導下での教室外における臨床実習

　　　　自　　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月間(1週　　日　　時間)

　　　　至　　　　年　月　日

　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

　(付表1―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　　　　　　　　　　　印

　1　専門研修

　　(1)研修期間

　　　自　　　年　月　日

　　　至　　　年　月　日

　　(2)医療機関および指導医

　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　　　　　　　　　　　　印

　(付表1―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　　　年月日  ～  ～  ～ | 中心静脈栄養法  (　　　　)  (　　　　)  (　　　　) | |  |
|  | | 年月日　　　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　　　　　　　　　　　　印

　備考

　　1　「医療機関名」欄には、正式名称を記入してください。

　　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入してください。

　　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入し、記入欄を満たす範囲内で症例数を計上してください。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してください。

　　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括弧内に再掲してください。

　　　(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、症例と数えてください。

　　　(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してください。なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日また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でください。

　(付表1―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　　　　　　　　　　印

　備考

　　1　「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。

　　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してください。

　　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からさかのぼって記載してください。

　　　　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およ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ありません。

　　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してください。

　　　　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ありませんが、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してください。

　　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してください。

　(付表1―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、学位論文名または学会論文名 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |

　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

　備考

　　1　「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。

　　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してください。

　　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また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してください。

　　　　また、実施した医療機関については国内に限定するものではありませんが、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してください。

　(付表1―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　　　　　　　　　　印

　備考

　　1　「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。

　　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してください。

　　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からさかのぼって記載してください。

　　　　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およ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ありません。

　　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してください。

　　　　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ありませんが、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してください。

　　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してください。

　(付表1―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、学位論文名または学会論文名 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |

　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

　備考

　　1　「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。

　　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してください。

　　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また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してください。

　　　　また、実施した医療機関については国内に限定するものではありませんが、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してください。

　(付表1―10)

役員の氏名、生年月日および住所

申請者(法人)名(　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな) | 生年月日 | 住所 |
| 氏名 | 役職 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |