

新規申請用

指定自立支援医療機関指定(変更)申請書等記入要領(病院・診療所用)

担当する医療の種類の変更や追加する場合も、この手引にしたがって記載してください。

1 指定申請書(第1号様式)

- (1) 「保険医療機関」は、正式名称を記載してください。
- (2) 「担当者・電話番号」は、この申請に関しお答えできる方の連絡先を記載してください。
- (3) 「担当しようとする自立支援医療の種類」のうち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、指定を希望しない医療部分を二重線で抹消してください。
- (4) 「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又は歯科医師」及び「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してください。

2 経歴書(別紙1)

- (1) 「学位」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」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してください。
- (3) 「任免事項」は、次の点に留意して記載してください。
 - ア 医療免許取得時期を明記し、医師免許証の写し(A4サイズ)を添付してください。
 - イ 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、関係した専門科名まで必ず記載してください。
(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てください。)
 - ウ 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載してください。
 - エ 非常勤職員としての勤務の場合は、1ヵ月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載してください。
 - オ 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又は利用状況等を具体的に記入してください。
(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇〇時間

勤新規申請用務)等)

カ 大学院については、専門コースを明確に記載してください。

(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形学科学教室等)

- (4) 学位論文又は学会に提出した論文で、更生医療(育成医療)の種類に関連するものがあれば、師事した指導者の氏名、論文名及び提出年月日を記載してください。また、関係学会の加入を証明するもの(A4サイズ)を添付してください。
- (5) 担当しようとする医師の資格要件については、「浜松市指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定要領」別表2に記載されていますので、申請内容について確認してください。

3 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要(別紙2)

- (1) 担当しようとする医療の種類に必要とされているものについて記載してください。特に必要とされているものについては必ず記載してください。
- (2) 特に必要とされる医療機関の設備及び体制の内容については、「浜松市指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定要領」別表1に記載されていますので、記入内容について確認してください。
- (3) 設備の設置場所が分かるように建物、設備の見取図又は平面図を添付してください。
- (4) 体制については、当該医療の種類について、主として担当する医師の他にその他の職員の有無(人数)等を記載してください。

4 研究内容に関する証明書(別紙3)

主として担当する医師又は歯科医師に関し、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週間当たり)、その他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)を記載の上、主任教授等による証明をお願いします。

5 人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書(別紙4)

この書類は、腎臓に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

6 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書(別紙5)

この書類は、小腸に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

- (1) 「医療機関名」は、正式名称を記載してください。
- (2) 「医師氏名」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してください。
- (3) 症例数は、個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の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内数を再掲してください。
 - 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、症例と数えて構いません。
 - 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、同一日ないし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。

7 心臓移植症例申立書（別紙20）

心臓移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準に該当する心臓移植に関する直近の症例を記載してください。

8 主として担当する医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙6）又は連携機関の医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙7）

この書類は、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のみ添付してください。

(1) 「医療機関名」は、正式名称を記載してください。

(2) 「医師氏名」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、「連携する医師氏名」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」は、記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載してください。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。

9 腎移植症例申立書（別紙21）

腎移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

腎移植に関する臨床実績の直近の3症例を記載してください。

10 肝臓移植症例申立書（別紙22）

肝臓移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績の直近の3症例を記載してください。

11 主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙8）又は連携機関の医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙9）

この書類は、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のみ添付してください。

(1) 「医療機関名」は、正式名称を記載してください。

(2) 「医師氏名」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、「連携する医師氏名」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」は、記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載してください。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。

12 歯科矯正症例申立書（別紙23）

歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められる直近の5症例を記載してください。

13 誓約事項

申請書の記載のとおり、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。)の規定に基づく欠格条項に該当しないことを誓約していただきます。

なお、欠格条項は、別紙「誓約事項」を確認してください。

15 担当医療別提出書類一覧

担当医療	申請書	別紙1	別紙2	別紙3	別紙4	別紙5	別紙6	別紙7	別紙8	別紙9	別紙20	別紙21	別紙22	別紙23
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	○	○	○	○							○			
心臓移植術後の抗免疫療法の	○	○	○	○			○	○						
腎臓	○	○	○	○	○									
腎移植	○	○	○	○								○		
小腸	○	○	○	○		○								
肝臓移植	○	○	○	○									○	
肝臓移植術後の抗免疫療法の	○	○	○	○					○	○				
歯科矯正	○	○	○	○										○
免疫	○	○	○	○										
担当する医療の種類の変更	○	○	○	○	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆

◆ 別紙4 腎臓に関する医療のみ添付

◆ 別紙5 小腸に関する医療のみ添付

◆ 別紙6又は別紙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のみ添付

◆ 別紙8又は別紙9

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のみ添付

◆ 別紙20 心臓移植に関する医療のみ添付

◆ 別紙21 腎移植に関する医療のみ添付

◆ 別紙22 肝臓移植に関する医療のみ添付

◆ 別紙23 歯科矯正に関する医療のみ添付

誓約事項

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（以下「障害者総合支援法」という。）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、障害者総合支援法その他の法律（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、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6号関係

申請者が、障害者総合支援法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。

4 第8号関係

申請者が、障害者総合支援法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（事業の廃止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。

5 第9号関係

申請者が障害者総合支援法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。

6 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（事業の廃止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（当該事業の廃止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。

7 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。

8 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。

9 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。