

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	〒 : 住所 : TEL : FAX :	
開 設 者		〒 : 住所 : TEL : FAX :	
	氏名又は名称		
	生 年 月 日	職 名	
標榜している診療科目			
主として担当する医師又は歯科医師の氏名			
担当しようとする医療の種類			
医療機関コード			
主として担当する医師又は歯科医師の経歴	様式1-2のとおり	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	様式1-3のとおり
自立支援医療を行うための入院設備の定員	人	役員の氏名、生年月日及び住所	様式1-4のとおり
<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（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する。</p> <p>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する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(医療機関の開設者)</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">(医療機関)</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">奈良県知事 殿</p>			

※ 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して下さい。

(誓約項目)

(様式1-1)指定申請書、(様式1-12, 1-13)変更届出書、(様式1-14)指定更新申請書で誓約

障害者自立支援法第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、障害者自立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、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6号関係

申請者が、障害者自立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。

4 第8号関係

申請者が、障害者自立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

申請者が障害者自立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關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。

經歷書

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				

※病院、又は診療所の見取図を添付して下さい。

役員の氏名、生年月日及び住所

申請者（法人）名（ ）

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

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名 市立 ○○ 病院
氏名 △△ △ 印

1 研究テーマ

変形性膝関節症の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 平成○年 1月 1日

6 月間 (1週 6日 44時間)

至 平成○年 6月 30日

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成○年 7月 1日

1 月間 (1週 6日 44時間)

至 平成○年 5月 31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 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例

小児に発生した pancoast 腫瘍の1例

足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年○○月○○日

大学名 ○○大学医学部教授