

## 自立支援医療機関指定申請書について（指定医療機関）更新

尼崎市役所障害福祉課に必要書類をご提出ください。

### <提出書類>

- ・ 指定更新申請書

※前回の指定内容より変更がある場合、変更届の提出もお願いします。

- ・ 自己点検表

〒660-8501

尼崎市東七松町1-23-1

障害福祉課（南館1F）

電話 06-6489-6397

FAX 06-6489-6351

**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）**

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 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 歯科医師の氏名			自立支援医療を行う ために必要な体制及 び設備の変更の有無	有・無
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
<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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</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 align="center">年 月 日</p> <p align="center">開 設 者</p> <p align="center">住 所</p> <p align="center">氏名又は名称 (自署又は記名押印)</p> <p>尼 崎 市 長 あて</p>				

※育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

(記入要領) 【様式4-(1)】

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「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すること。
  - (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
  - (10) 腎臓に関する医療
  - (11) 腎移植に関する医療
  - (12) 小腸に関する医療
  - (13) 肝臓移植に関する医療
  - (14) 歯科矯正に関する医療
  - (15) 免疫に関する医療
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 「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すること。

(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号まで及び第7号を除く)に該当しないことを制約すること。

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(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。

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。

# 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る自己点検表【病院・診療所】

記入日： 年 月 日

## 1. 医療機関の概要

※ 担当者名欄は、本点検表について確認いただいた方の氏名等を記入してください。

医療機関名	
所在地	〒 —
連絡先	
担当者名	

## 2. 自立支援医療（育成医療・更生医療）の実績状況

※ 記入日の前月以前の1年間に育成医療、更生医療を取り扱ったことがあるか、□にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 取扱いあり	ひと月のレセプト件数（おおよそ）
* 取り扱ったレセプト件数（ひと月のおおよそ）を右の欄に記入してください。	・更生医療（法別：15） 件
<input type="checkbox"/> 取扱いなし	・育成医療（法別：16） 件

## 3. 自己点検表

※ 自立支援医療（育成医療・更生医療）の取扱いがない場合も、全ての点検項目を確認してください。

※ 点検項目「第1」から「第4」までの内容を確認し、「確認欄」の□にチェックをしてください。

※ 点検の結果、できていない項目があった場合は、「4. 今後の改善策等」を記入してください。

点検項目	確認欄	根拠法令
第1 基本方針	<input type="checkbox"/>	法第61条 法施行規則第60条
第2 療養担当 規程の遵 守状況	<input type="checkbox"/>	○指定自立支援医療機 関（育成医療・更生医 療）療養担当規程 （平18厚告65）
	<input type="checkbox"/>	○自立支援医療費の支 給認定について （平18障発第 0303002号）
	<input type="checkbox"/>	○自立支援医療費（育 成医療・更生医療）支 給認定実施要綱
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
第3 自立支援医 療に係る診 療報酬の請 求状況	<input type="checkbox"/>	○法第58条
	<input type="checkbox"/>	○自立支援医療費の支 給認定について （平18障発第 0303002号）  ○自立支援医療費支給 認定通則実施要綱

\*\*\*\*\* 裏面へ進んでください。\*\*\*\*\*

点 検 項 目		確 認 欄	根 拠 法 令
第3 自立支援医療に係る診療報酬の請求状況	③医療受給者証を2枚以上持っている受診者については、記載された医療ごとに分けて請求しているか。 例)「更生医療」と「精神通院医療」の医療受給者証を持っている等	<input type="checkbox"/>	
	④医療受給者証に記載された医療が「慢性腎不全（人工透析療法）」である場合、次のとおり適切に請求を行われているか。  <<長期高額疾病（特定疾病療養受療証）と自立支援医療（更生医療）の併用の場合>> ○特定疾病療養受療証の有無を確認しているか。 ○診療報酬は次の順位で請求しているか。 1. 医療保険 2. 長期高額疾病（特定疾病療養受療証） 3. 公費負担制度（自立支援医療（更生医療）） ○診療報酬の請求の際は、「特記事項」欄に「長」若しくは「O2長」（又は「長2」若しくは「16長2」）と記載しているか。	<input type="checkbox"/>	
	(2) 自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。 また、適切な管理のために、他医療機関（医療受給者証に印字されている病院、薬局、訪問看護事業者）の連携を密に行っているか。	<input type="checkbox"/>	
第4 人員体制、設備の整備状況及びその他	(1) 患者やその家族へ各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行えるスタッフの体制整備がされているか、また、診断及び治療を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されているか。	<input type="checkbox"/>	○指定自立支援医療機関の指定について（平18障精発第0303005号）
	(2) 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が次の要件を満たしているか。		○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領
	①当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。	<input type="checkbox"/>	
	②それぞれの医療の種類の専門科目につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍又は歯科医籍登録後、通算して5年以上あること。	<input type="checkbox"/>	
	③その他、担当する医療の種類により別に定める要件を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	
	(3) 次の事項に変更があったときは、尼崎市長に届け出ているか。  <<届出事項>> ○病院又は診療所の名称及び所在地 ○開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称 ○保険医療機関である旨 ○標榜している診療科名(担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものに限る。) ○指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名、生年月日、住所及び経歴 ○指定自立支援医療を行うために必要な設備の概要 ○診療所にあつては、患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員	<input type="checkbox"/>	○第64条  ○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条  ○自立支援医療費の支給認定について（平18障精発第0303002号）  ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱
(4) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは尼崎市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>		
(5) 指定自立支援医療機関の指定については、6年ごとにその更新を受けなければ効力が失われることを認識しているか。（更新が必要な医療機関には別途、尼崎市役所障害福祉課から更新案内を送付しています。）	<input type="checkbox"/>		

#### 4. 今後の改善策等

※ 点検の結果、できていない項目があった場合は下記欄に今後の改善点等を記入してください。

点 検 項 目	例) 第4 (3)
今 後 の 改 善 点 等	例) 届出事項であったが変更届出をしていなかったため、手続きを行います。

自己点検は以上です。お忙しい中、御協力ありがとうございました。  
 なお、本自己点検表は尼崎市役所障害福祉課まで提出をお願いします。