様式２－（１）

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更申請書**

**（病院又は診療所）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | ふりがな  名　　称 | |  | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | |  | 医療機関  コード |  |  |  | |  |  |  |  |
| 変 更 事 由  （該当に○印） | ① 医療機関の名称　　　　　　　② 医療機関の所在地  ③ 開設者の住所　　　　　　　　④ 開設者の氏名又は名称  ⑤ 標榜している診療科目　　　　⑥ 担当しようとする医療の種類  ⑦ 担当する医師又は歯科医師  ⑧ 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要  ⑨ 自立支援医療を行うための入院設備の定員  ⑩ 医療機関コード　　⑪ その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 変 更 内 容  変更事由番号:  （　　　　） | 新 |  | | | | | | 〔変更日〕  　　年　 月　 日 | | | | |
| 旧 |  | | | | | |
| 変 更 内 容  変更事由番号:  （　　　　） | 新 |  | | | | | | 〔変更日〕  　　年　 月　 日 | | | | |
| 旧 |  | | | | | |
| 変 更 内 容  変更事由番号:  （　　　　） | 新 |  | | | | | | 〔変更日〕  　　年　 月　 日 | | | | |
| 旧 |  | | | | | |
| 変 更 内 容  変更事由番号:  （　　　　） | 新 |  | | | | | | 〔変更日〕  　　年　 月　 日 | | | | |
| 旧 |  | | | | | |
| 変 更 内 容  変更事由番号:  （　　　　） | 新 |  | | | | | | 〔変更日〕  　　年　 月　 日 | | | | |
| 旧 |  | | | | | |
| 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）として指定を受けたいので、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します。**  　　　　年　　　月　　　日  横　浜　市　長　　　　　　　　　　　開　設　者  住　　　所  氏名又は名称 | | | | | | | | | | | | |

※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、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すること。

（記入上の注意点）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当する  変更事由番号 | 申請書以外に必要な書類 | 注意点 |
| ①名称と  ②所在地  両方の変更 | この様式ではなく、以下の様式を使用してください。  ・廃止申請書　様式５  ・指定申請書　様式１－（１） | 名称と所在地の両方を変更する場合、  ・変更前の医療機関について「廃止」  ・変更後の医療機関について「指定」  の申請が必要です。 |
| ②所在地  移転等による  変更 | 別紙２ | 併せて⑧の記載が必要です。 |
| ②所在地  住居表示に  よる変更 | － | － |
| ⑥医療の種類 | － | 別紙（記入要領）の項番２をご確認ください。 |
| ⑦担当医 | 【すべての医療で必要】  ・**医師免許証の写し**  ・別紙１  ・別紙３ | 別紙（記入要領）の項番３、５、６、７、８をご確認ください。 |
| 【下記医療の場合は追加で必要】  ・腎臓（別紙４）  ・小腸（別紙５）  ・心臓移植後の抗免疫療法 （別紙６）又は（別紙７）  ・肝臓移植後の抗免疫療法 （別紙８）又は（別紙９）  ・腎臓移植（別紙10）  ・歯科矯正（別紙11） | 別紙（記入要領）の項番９、11、12、13、14をご確認ください。 |
| ⑧体制・設備 | 別紙２ | 別紙（記入要領）の項番10をご確認ください。 |

なお、**（誓約項目）**を必ずご確認ください。

（記入要領）

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 (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

３　「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」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。

５　（別紙１）経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。

６　（別紙１）経歴書の「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すること。

７　（別紙１）経歴書の「任免事項」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、○○医科大学眼科学教室又は○○病院眼科のように記載し、○○医科大学、○○病院のように省略しないこと。）

(3) 勤務先における身分（例えば、医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。

(4) 非常勤職員については、１か月又は１週間あたりの勤務日数、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又は利用状況等を具体的に記入すること。

（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載すること。（例えば、○○医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等）

８　（別紙１）経歴書には、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週間あたり）、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（別紙３）を添付すること。

９　 腎臓に関する医療及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（別紙４）及び（別紙５）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

10　（別紙２）自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。

11　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）又は（別紙７）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

12　肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植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）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

13　腎臓移植に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙10）による腎移植症例証明書を添付すること。

14　歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙11）による歯科矯正診療実績数を経歴書に添付すること。

15　誓約項目は、別紙のとおり。

**（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項各号（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誓約すること。

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。

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。

別紙１

**経歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　位 |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 | |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | | | |
| 関係学会加入状況 |  | | | | | | |
| 期間 | | | | 任免事項 | | | |
| 年　　月～　　年　　月 | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| (学位論文) | | | | | | | |
| 年　月 | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| (学会に提出した論文) | | | | | | | |
| 年　月 | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |

**※医師免許証の写しを必ず添付すること。**

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**

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

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　平成　　　年　　　月　　　日

至　平成　　　年　　　月　　　日　　　　　月間（　　　週　　　日　　　時間）

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自　平成　　　年　　　月　　　日

至　平成　　　年　　　月　　　日　　　　　月間（　　　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

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　　　△△　　△

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

至　平成○年６月30日　　　　　６月間（１週　６日　４４時間）

(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

至　平成○年５月31日　　　　１１月間（１週　６日　４４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　　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

氏　名　　　　△△　　△