

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）

医療機関	名称			
	所在地			
開設者	氏名又は 名称			
	住所又は 所在地			
	生年月日		職名	
保険医療機関の指定		医療機関 番号	指定 年月日	年 月 日
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				
主として担当する医師 又は歯科医師の経歴		様式第2号のとおり	自立支援医療を行う ために必要な体制及 び設備の概要	様式第3号のとおり
自立支援医療を行う ための収容設備の定員		人		
障がい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54条第2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、関係書類を添えて申請します。 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 開設者 所在地 名称 豊田市長 様				

※ 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2箇所の「（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等で消去してください。

(記入要綱)

- 1 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載してください。
- 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してください。
 - (ア)眼科に関する医療
 - (イ)耳鼻咽喉科に関する医療
 - (ウ)口腔に関する医療
 - (エ)整形外科に関する医療
 - (オ)形成外科に関する医療
 - (カ)中枢神経に関する医療
 - (キ)脳神経外科に関する医療
 - (ク)心臓脈管外科に関する医療
 - (ケ)腎臓に関する医療
 - (コ)腎移植に関する医療
 - (サ)小腸に関する医療
 - (シ)肝臓移植に関する医療
 - (ス)免疫機能に関する医療
 - (セ)歯科矯正に関する医療
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類毎に記載してください。
- 4 「自立支援医療を行うための収容設備の定員」は、医療の種類毎に記載してください。

主として担当する医師又は歯科医師の経歴書

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
関係学会 加入の状況	学会（ 年 月加入） 学会（ 年 月加入） 学会（ 年 月加入）	学 位	
年月日	任免事項	師事した指導者の氏名、学位論文名 又は学会に提出した論文名	

上記のとおり相違ありません。

医師又は歯科医師氏名

(記入要領)

1. 「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載してください。
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制度上の資格等（認定医、指導医等）記載し、その証明（認定医証などの写し）を添付してください。
3. 「任免事項」は、次の点に留意し記載してください。
 - (ア) 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。
 - (イ) 学位を有する場合は、学位取得年月日を記載してください。
 - (ウ) 病院研究機関等医師または歯科医師が、勤務し又は研究などのため利用した施設については、関係した専門科目まで必ず記載してください。（例えば、〇〇大学医学部眼科学教室又は××病院眼科のように記載し、〇〇大学医学部、××病院のように省略しないでください。）
 - (エ) 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。
 - (オ) 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、延べ時間数を明確に記載してください。
 - (カ) 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。（例えば〇〇大学整形外科週4日（延べ〇時間勤務）、××病院週2日（延べ×時間勤務）等）
 - (キ) 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。（例えば〇〇大学大学院医学研究科整形外科学等）
4. 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、論理的研究、実習等）機関、従事日数（1か月又は1週間あたり）、その他の研究態様を明らかにするための別葉による主任教授等の証明書（様式第4号）を添付してください。
5. 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、それぞれ別葉による臨床実績等に関する証明書（様式第5号、様式第6号）を経歴書に添付してください。
6. 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は、別葉による臨床実績等に関する証明書（様式第7号）を経歴書に添付してください。
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は、別葉による臨床実績等に関する証明書（様式第8号、様式第9号）を経歴書に添付してください。
8. 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は、別葉による臨床実績等に関する証明書（様式第10号、様式第11号）を経歴書に添付してください。

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
主要な設備				
体制				

（備考）自立支援医療を行うために必要な設備及び体制には、それぞれの医療で特に必要とされる者を主に記載すること。

(記入要領)

1. 「主要な設備」「体制」については下記の項目については必ず記載してください。

- (1). 耳鼻咽喉科に関する医療を担当する医療機関にあっては、オーディオメーター及び遮音室の設備状況
- (2). 口腔に関する医療を担当する医療機関にあっては、更生医療を主として担当する者が歯科医師である場合には、耳鼻咽喉科、麻酔科等の医師によるチーム編成ができるような体制の状況
- (3). 整形外科に関する医療を担当する医療機関にあっては、後療法の施設の設備状況
- (4). 心臓脈管外科に関する医療を担当する医療機関にあっては、心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備状況
- (5). 腎臓に関する医療を担当する医療機関にあっては、人工腎臓2台以上及び専用の透析室の設備状況
- (6). 腎移植に関する医療を担当する医療機関にあっては、HLA検査装置及び人工腎臓の台数、及び腎移植専従医師の状況。
- (7). 小腸に関する医療を担当する医療機関にあっては、在住中心静脈栄養法を実施する保険医療機関であり、緊急事態への対応体制
- (8). 歯科矯正に関する医療を担当する医療機関にあっては、頭部X線規格写真撮影装置及びパントモ撮影装置の設備状況

研究態様に関する証明書

医療機関名

医師氏名

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 年 月 日

至 年 月 日 月間（1週 日 時間）

2 指導下での教師次における臨床実習

自 年 月 日

至 年 月 日 月間（1週 日 時間）

3 その他研究様態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

(記入例)

研究様態に関する証明書

医療機関名 ○○病院
医師氏名 △△ △△

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13年 1月 1日
至 平成13年 6月30日 6か月間(1週5日40時間)

(2). 教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成13年 7月 1日
至 平成14年 5月31日 11か月間(1週5日40時間)

3 その他研究様態を明らかにするために必要な事項

主論文

変形性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氏腫瘍の1例

脚関節固定術の経過観察

上記のとおり相違ないことを証明する

令和3年1月1日

大学名 △△大学医学部

氏名 教授 □□ □□

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

1 専門研修

(1). 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日 月間（1 週 日 時間）

(2). 研修医療機関及び研修指導医

2 臨床実績

機関	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 透析医療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

中心静脈栄養法等の症例に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当医氏名			
在宅中心静脈栄養法指導管理を行う旨の都道府県知事への届出				有・無	
主たる担当医師の症例数	医療機関名		期間 年月日 年月日	症例数 () 内は在宅中心静脈栄養法症例数再掲	備考
	中心静脈栄養法		～ ～ ～	() () ()	
	経腸栄養法		～ ～ ～		

中心静脈栄養法症例

	年 齢	原疾患名	期 間 年月日～年月日	管理方式	
				集団	単独
1			～		
2			～		
3			～		
4			～		
5			～		
6			～		
7			～		
8			～		
9			～		
10			～		
11			～		
12			～		
13			～		
14			～		
15			～		
16			～		
17			～		
18			～		
19			～		
20			～		

経腸栄養法症例

	年齢	原疾患名	期間 年月日～年月日	方式	
				集団	単独
1			～		
2			～		
3			～		
4			～		
5			～		
6			～		
7			～		
8			～		
9			～		
10			～		

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

(記入要領)

- 「主たる担当医師名」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。
- 「在宅中心静脈栄養法指導管理を行う旨の都道府県知事への届出」欄には、昭和61年3月15日保険発第18号保険局長通知に基づく届出の有無を記載してください。
- 「主たる担当医師の症例数」は、「中心静脈栄養法」、「経腸栄養法」とともに、各医療機関における症例数を記載してください。
- 「症例数」のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲してください。
- 「中心静脈栄養法症例」は、個々の症例を直近時から遡って記載してください。この場合、調査票の記入欄を満たす範囲内での症例を計上してください。
 - 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、症例と数えて差し支えないこと。
 - 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とすること。例えば、カテーテル感染によりカテーテルを抜去して、同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こと。
 - ③ 集団管理方式とは、2人以上のグループの医師団により患者管理をする方式をいい、単独管理方式とは、1人の主治医が1人の患者を継続して管理する方式をいう。

口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

臨床実績

期 間 年月日 ～ 年月日	症例数	医療機関名等

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

様式第8号（第2条関係）

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

（記載要領）

- 1 医療機関名は、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時から遡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及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ないが、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。

様式第9号（第2条関係）

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		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、学位論文名又は学会論文名		

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

（記載要領）

- 1 医療機関名は、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又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。

様式第 1 0 号（第 2 条関係）

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 H P (国 名)	
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術 病院 H P (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

（記載要領）

- 1 医療機関名は、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時から遡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及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ないが、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。

様式第 1 1 号（第 2 条関係）

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			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 H P		(国 名)
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月			肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 H P		(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、学位論文名又は学会論文名		

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

（記載要領）

- 1 医療機関名は、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又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。

別表 1

指定自立支援医療機関の指定に関する申請書類一式

		様 式																									添付書類		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
医療機関	新規申請	○	○	○	○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5																①②③	
	医療の種類の変更又は追加	○	○	○	○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5																①②③	
	変更	主として担当する医師		○		○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5							○									①②
		設備・体制			○															○									③
		その他																		○									
	更新			注6																			○					③(注6)	
薬局	新規申請													○	○	○												④⑤⑥	
	変更	薬剤師													○					○								④	
		設備・施設														○				○								⑤	
		その他																		○									
	更新															注7							○					⑤(注7) ⑥	
訪問看護	新規申請																○	○										⑦	
	変更																	注8			○								
	更新																	注8						○					
辞退																									○				
休止・廃止・再開																										○			

注1 腎臓に関する医療のみ 注2 小腸に関する医療のみ 注3 歯科矯正に関する医療のみ 注4 心臓移植に関する医療のみ 注5 肝臓移植に関する医療のみ

注6 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要に変更がある場合 注7 調剤ために必要な設備及び体制の概要に変更がある場合 注8 職員の定数に変更がある場合

添付書類

- ①主として担当する医師の医師免許の写し
- ②関係学会加入の証明（認定医証等の写し）
- ③設備を示す平面図
- ④主として担当する薬剤師の薬剤師免許の写し
- ⑤構造設備概要仕様書及び見取図
- ⑥薬局開設許可書の写し
- ⑦指定訪問介護事業者等の指定通知書の写し