

## 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

様式第 2 1 号（第 5 条関係）

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）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------|-----|
| 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 |                                 |     |
| 保険医療機関の指定年月日等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        | 医療機関<br>番 号                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | 指 定<br>年月日                      |     |
| 標ぼうしている診療科目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |     |
| 担当しようとする医療の種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |     |
| 主として担当する医師<br>又は歯科医師の氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |     |
| 主として担当する医師又は歯科<br>医師の経歴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div> |    | 自立支援医療を行うために必要な<br>設備及び体制の変更の有無 | 有・無 |
| 自立支援医療を行うための<br>入院設備の定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                 |     |
| <p>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 6 0 条第 1 項の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新したいので申請します。</p> <p>また、同法第 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 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。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p>豊田市長 様</p> |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |     |

- ※ 育成医療又は更生医療単独で指定の更新を希望する場合は、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で消去してください。
- ※ 「自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の変更の有無」に変更の場合は様式第 3 号を添付すること。
- ※ 直近の指定申請(変更届を含む)から変更があった場合は、変更届を提出してください。

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