

指定自立支援医療機関休止・廃止・再開届

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|----|--------|
| 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 | | | |
| 担当医療 | | 病院診療所 | 薬局 | 指定訪問看護 |
| 休止・廃止・再開年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| 休止・廃止・再開理由 | | | | |
| <p>指定自立支援医療機関を休止・廃止・再開しましたので、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施行規則第63条の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 所在地 名称</p> <p>豊田市長 様</p> | | | | |

※ 「休止・廃止・再開」は、該当する項目に○をつけること。

※ 訪問看護事業者が届け出る場合は、「開設者」を「訪問看護事業者」と読み替える。

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