

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  
（病院又は診療所用）

保険医療機関	名 称	〇〇病院 保険医療機関コード（ 〇〇〇〇〇〇〇 ）		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 藤沢市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
開設者（*）	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）	医療法人〇〇会 理事長 □□ □□		
	生年月日（個人開設の場合）	変更がある場合は、変更届出書も提出すること（次々ページ参照）。		
標 榜 し て い る 診 療 科 目		腎臓内科		
担当しようとする医療の種類		腎臓に関する医療		
主として担当する医師又は歯科医師の氏名		神奈川 一郎	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要の変更の有無	有・無
自立支援医療を行うための入院設備の定員		〇〇人		
<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いので申請します。</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）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>提出日を記載すること。</p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

開 設 者 （下記下線部に（\*）と同じ住所等を記載）

住 所 横浜市中区日本大通〇

氏名又は 医療法人〇〇会  
法人名と代表者 理事長 □□ □□

※ 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。

※ 「自立支援医療を行な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、第1号様式一（1）の別紙2を添付すること。

**療養担当規程を遵守し、更新申請時には必ず自己点検表を提出して下さい。**

『神奈川県指定自立支援医療機関実施要項』に基づき、自立支援医療の質の確保及び支給の適正化を図るため、療養担当規定を遵守していることについて、自己点検表による点検を実施していただきます。

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)自己点検表(病院又は診療所)

点検項目		医療機関名: ○○病院	チェック欄
1 基本方針	(1) 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。		
2 療養担当規程の遵守状況	(1) 受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。		
	(2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で診療しているか。		
	(3) 受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて診療しているか。		
	(4) 支給認定の期間の有効期間を延長する必要が認めるとき、又は受診者に対し移送を行うことが必要であり、自らで行うことができないと認めるときには、必要な援助を与えているか。		
	(5) 支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。		
	(6) 診療録に必要な事項を記載しているか。		
	(7) 診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。		
3 人員体制、設備の整備状況 「病院・診療所」	(1) 診断及び治療を行うに当たって、十分体制を有しており、適切な標榜科を示しているか。		
	(2) 指定自立支援医療を主として担当する医師が次の要件を満たしている保険医療機関であるか。 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。(但し、歯科矯正に関する医師については、診療時間が十分に確保され、不在の場合にも常勤歯科医師による応急的な治療体制が整備されている場合には、専任の歯科医師でも差し支えない。) ②医療の種類、専門科目について、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍登録後、通算して5年以上あること。		
	(3) 高額長期疾病に該当する受診者については、「特定疾病療養受療証」の所持について確認をしているか。(※)		
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。		
	(2) 負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか。また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。(※)		
	(3) 高額長期疾病に該当する受診者については、「特定疾病療養受療証」の所持について確認をしているか。(※)		

(※) これまでに、次のような不適切な事例が見受けられましたので、ご留意いただくようお願いします。

例：受診者が、病院、薬局及び訪問看護ステーションを利用している場合に、受診機関の内、いずれかの機関が月末に自己負担上限額管理表へまとめて記載したところ、月途中で上限額を超えていたことが判明し、医療費の調整が必要となってしまった。

例：高額長期疾病に該当する受診者について「特定疾病療養受療証」(以下「マル長」という)の所持を確認しなかったため(又は確認しただけ)、マル長で請求すべき医療費について自立支援医療費に請求してしまった。

変更がある場合は、変更届出書(第4号様式-1)及び添付書類も提出すること。

【添付書類】

(医師変更)第1号様式-1の別紙1・3・(※4～13)、医師免許証の写し(A4に縮小すること)

(所在変更)第1号様式-1の別紙2

※医療の種類による

第4号様式-1

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書  
（病院又は診療所用）

保険医療機関	名 称	〇〇病院 保険医療機関コード (〇〇〇〇〇〇〇)		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 藤沢市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇		
開設者 (*)	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）	医療法人〇〇会 理事長 〇〇-〇〇-〇〇 〇〇 〇〇		
	生年月日 （個人開設の場合）		職 名	関 係
標 榜 し て い る 診 療 科 目		腎臓内科		
主として担当する医師 又は歯科医師の経歴	(第1号様式-1) の別紙1)	自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の概要	(第1号様式-1) の別紙2)	
自立支援医療を行うための入院 設備の定員		〇〇人		
<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64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>提出日を記載すること。</p> <p>開設者（下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 横浜市中区日本大通〇</p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>氏名又は 医療法人〇〇会 法人名と代表者 理事長 〇〇 〇〇</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

変更部分がわかるように  
下線（二重線）を引くこと。

※1 直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

※2 変更部分について、下線（二重線）を引くこと。