

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
(病院又は診療所用)

保険医療機関	名 称	○○クリニック 保険医療機関コード (○○○○○○○○)
	所 在 地	〒○○○一○○○○ 横須賀市○○町○○ TEL ○○○ (○○○) ○○○○
開設者 (*)	住 所	〒○○○一○○○○ 横浜市中区日本大通○
	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）	医療法人社団○○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※	精神科	
主として担当する医師の氏名	神奈川 二郎	
<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（精神通院医療）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 style="text-align: center;">○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: center;">提出日を記載すること。</p>		
<p style="text-align: center;">開 設 者 （下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p style="text-align: center;">住 所 横浜市中区日本大通○</p> <p style="text-align: center;">氏名又は 医療法人社団○○会 法人名と代表者 理事長 □□ □□</p> <p style="text-align: center;">開設者（*）と同じ内容 とすること。</p> <p style="text-align: center;">神奈川県知事 殿</p>		

※ 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

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(精神通院医療)自己点検表(病院又は診療所)

医療機関名：〇〇クリニック

点検項目			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(申請中の場合は、申請書の控え)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)	診療録に必要な事項を記載しているか。	
	(5)	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勤務している医師であること。 ② 精神医療についての診療従事年数が、医籍登録後、通算して 3 年以上あること。(従事年数にはてんかんについての診療を含む。また精神医療についての臨床研修期間も含む)	
	(3)		
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。(※)	

(※) 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、いざ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。

変更がある場合は、変更届出書(第4号様式-(2))及び添付書類も提出すること。

【添付書類】(医師変更の場合) 第1号様式-(2)の別紙1

第4号様式一(2)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書
(病院又は診療所用)

保険医療機関	名 称	○○クリニック 保険医療機関コード(○○○○○○○○)		
	所 在 地	〒○○○-○○○○ 横須賀市○○町○-○ TEL ○○○(○○○)○○○○		
開設者 (*)	住 所	〒○○○-○○○○ 横浜市中区日本大通○		
	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)	医療法人社団○○会 理事長 ○○-○○ □□ □□		
生年月日 (個人開設の場合)		職名(個人開設 の場合)		
標榜している診療科目 ※1	精神科			
主として担当する医師の経歴 ※2	(第1号様式一(2)の別紙1)			
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>○年 ○月 ○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○</p>				
<p>氏名又は 医療法人社団○○会 法人名と代表者 理事長 □□ □□</p>				
<p>神奈川県知事 殿</p>				

※1 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

※2 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。

※3 変更部分について、下線(二重線)を引くこと。