第５号様式（第10条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

　　申請者　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　 　 　　　　 　氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

　児童福祉法第19条の９第１項の規定により、次のとおり申請します。

なお、同条第２項各号に該当しないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の種類（該当するものに○印を付けてください。） | 病院又は診療所　・　薬局　・　指定訪問看護事業者 |
| 病院、診療所又は薬局 | （フリガナ）名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者 | （フリガナ）氏名又は名称 |  |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 標ぼうしている診療科名（病院又は診療所である場合のみ記入してください。） |  |
| 指定訪問看護事業者 | （フリガナ）名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 代表者 | （フリガナ）氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 訪問看護ステーション | （フリガナ）名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 役員の職名及び氏名（申請者が法人である場合のみ記入してください。） |  職名  |  氏名  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 事務担当者（本申請書についての事務担当者を記入してください。） | 部署等：　　　　　　　　　　氏名： |

備考　１　「コード」の欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者である場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。

　　　　２　「役員の職名及び氏名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。

【児童福祉法第１９条の９第２項】

１　申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

２　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

３　申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

４　申請者が、第１９条の１８の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成５年法律第８８号）第１５条の規定による通知があつた日前６０日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前６０日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

５　申請者が、第１９条の１８の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法１５条の規定による通知があつた日（第７号において「通知日」という。）から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第１９条の１５の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

６　申請者が、第１９条の１６第１項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第１９条の１８の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から１０日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第１９条の１５の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

７　第５号に規定する期間内に第１９条の１５の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前６０日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

８　申請者が、前項の申請前５年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

９　申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

10　申請者が、法人でない者で、その管理者が第１号から第８号までのいずれかに該当する者であるとき。