

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書
(病院又は診療所)

保険医療機関	(フリガナ) 名 称	****クリニック 〇〇クリニック (医療機関コード) 1234567		
	所 在 地	〒 ****-**** 川崎市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 (電話) 044- ****-****		
開 設 者	住 所	〒 ****-**** 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇		
	氏名又は名称	医療法人社団〇〇会 〇〇 〇〇		
	生年月日	年 月 日	職 名	理事長
標榜している診療科目※		精神科、心療内科		
主として担当する医師の経歴		(別紙)		
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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定されたく申請します。 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)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。 令和〇年 〇月 〇日 開 設 者 医療法人社団〇〇会 住 所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 氏名又は名称 理事長 〇〇 〇〇 (あて先) 川 崎 市 長 法人にあっては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名				

※ 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

(記入要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 (別紙)経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること(主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記載)。
 - (1)医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2)病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。(例えば、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (3)勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4)非常勤職員については、申請時点における直近1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
 - (5)2以上の施設に兼務する等の場合であっては、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。(例えば、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)

(誓約項目)

- 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第59条第3項で準用する同法第36条第3項各号(第1号から第3号まで及び第7号を除く)に該当しないことを誓約すること。
- 1 第4号関係
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った日を経過していない。
 - 2 第5号関係
申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める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った日を経過していない。
 - 3 第5号の2関係
申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。
 - 4 第6号関係
申請者が、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の規定により指定自立支援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年を経過していない。
 - (1)指定を取り消された者が法人である場合
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った日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。
 - (2)指定を取り消された者が法人でない場合
取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。
 - 5 第8号関係
申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から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指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。
 - 6 第9号関係
申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。
 - 7 第10号関係
第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人(指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又はその申出に係る法人でない者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。
 - 8 第11号関係
申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。
 - 9 第12号関係
申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。
 - 10 第13号関係
申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

(別紙)

經 歷 書

ふりがな 氏 名	**** * □□ □□	生年月日	昭和○年○月○日
現住所	神奈川県横浜市○○区○○町○ー○ー○		
年月日	任 免 事 項		
平成○年○月	○○大学卒業		
平成○年○月	医師免許取得		
平成○年○月 ～平成○年○月	○○病院○○科 研修医		
平成○年○月 ～平成○年○月	△△総合病院○○科 常勤医師		
平成○年○月 ～現在	○○クリニック 常勤医師		
医師免許証の写し(A4サイズに縮小コピーをしたもの)を併せて提出してください。			