

変更届書用

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届書記入要領
（病院又は診療所用）

【届出書類】

● 変更内容別届出書類一覧

変更事項	変更届書	別紙 1	別紙 2	別紙 3	別紙 4	別紙 5	別紙 6	別紙 6の2	別紙 6の3	別紙 7	別紙 8	別紙 8の2	別紙 9
開設者の住所及び氏名又は名称	○												
保険医療機関である旨	○												
標ぼうしている診療科名	○												
主に担当する医師又は歯科医師の氏名及び履歴	○	○		○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*
自立支援医療を行うために必要な設備の概要	○		○										
患者を入院する施設の有無（有する場合はその入院定員）	○												

* 別紙3 中枢神経に関する医療、歯科矯正に関する医療のみ

* 別紙4 じん臓に関する医療のみ

* 別紙5 小腸に関する医療のみ

* 別紙6 心臓移植に関する医療のみ

* 別紙6の2又は別紙6の3

心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合のみ

* 別紙7 腎移植に関する医療のみ

* 別紙8又は別紙8の2

肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合のみ

* 別紙9 歯科矯正に関する医療のみ

【記入要領】

1 変更届書（第34号様式）

- (1) 「指定自立支援医療機関の名称」は、必ず正式名称を記入してください。
- (2) 「自立支援医療の種類」には、育成医療あるいは更生医療か自立支援医療の種類を記入してください。

2 経歴書（別紙1）

- (1) 「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記入してください。
- (2) 「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載してください。
- (3) 「任免事項」は、次の点に留意して記載してください。
 - ア 医療免許取得時期を明記し、医師免許証の写し（A4サイズ）を添付してください。
 - イ 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科名まで必ず記載してください。
（例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載してください。）
 - ウ 勤務先における身分（例えば、医長、医員、講師、助手等）を明確に記載してください。
 - エ 非常勤職員としての勤務の場合は、1ヵ月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載してください。
 - オ 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入してください。
（例えば、〇〇医科大学整形外科週4日（延〇〇時間勤務）、〇〇病院週2日（延〇〇時間勤務）等）
 - カ 大学院については、専門コースを明確に記載してください。
（例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形学科学教室等）
- (4) 学位論文又は学会に提出した論文で、更正医療（育成医療）の種類に関連するものがあれば、師事した指導者の氏名、論文名及び提出年月日を記載してください。
- (5) 担当しようとする医師の資格要件については、別紙の「川崎市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領」別表2に記載されていますので、申請内容について確認をして下さい。

3 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要（別紙2）

- (1) 担当しようとする医療の種類に必要とされているものについて記載してください。特に必要とされているものについては必ず記載してください。
- (2) 特に必要とされる医療機関の体制及び設備の内容については、別紙「川崎市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領」別表1に記載されていますので、記入内容について確認をしてください。
- (3) 設備の設置場所が分かるように建物、設備の見取図又は平面図の写しを添付してください。
- (4) 体制については、当該医療の種類について、主として担当する医師の他にその他の職員の有無（人数）等を記載してください。

4 研究内容に関する証明書（別紙3）

中枢神経に関する医療あるいは歯科矯正に関する医療を担当する場合のみ添付してください。指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別（講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等）期間、従事日数（1週間当たり）、その他研究内容を明らかにするために必要な事項（主論文・副論文）を記載の上、主任教授等による証明をお願いします。

5 人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書（別紙4）

腎臓に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

6 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書（別紙5）

小腸に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

7 心臓移植症例申立書（別紙6）

心臓移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

8 主として担当する医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙6の2）

又は連携機関の医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙6の3）

心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合のみ添付してください。

9 腎移植症例申立書（別紙7）

腎移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

10 主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙8）

又は連携機関の医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙8の2）

肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合のみ添付してください。

11 歯科矯正症例申立書（別紙9）

歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

【お問合せ先・送付先】

〒210-8577

川崎市川崎区宮本町一番地

川崎市健康福祉局医療保険部国民年金・福祉医療課

指定自立支援医療機関担当

電話 044(200)2216

FAX 044(200)3930