

様式 1

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書  
（病院又は診療所）

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

開設者 住所  
（法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名） 氏名

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 1 項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

1 保険医療機関	ふりがな 名 称	
	所 在 地	〒 電話番号 メールアドレス
	医療機関コード	
2 開設者 <small>※開設者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称並びに代表者の職名及び氏名、代表者の生年月日を記載すること。</small>	住 所	〒 電話番号 メールアドレス
	氏 名	
	生 年 月 日	
3 標榜している診療科名 （担当しようとする医療の種類に関するもの）		
4 担当しようとする医療の種類		
5 主として担当する医師又は歯科医師	ふりがな 氏 名	
	生年月日、住所及び経歴	（別 紙 1）
6 指定自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要		（別 紙 2）
7 自立支援医療を行うための入院設備の定員 （診療所である場合のみ記載）		無 ・ 有（ 人）
8 誓 約 書		（別 紙 3）

注) 1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の 2 箇所の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療を二重線で抹消してください。

2 担当しようとする医療の種類が複数のときは、医療の種類ごとに作成してください。

3 保険医療機関指定通知書の写しを添付してください。

本申請についての問い合わせ先

担当者名

電話番号

<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 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載すること。

(1) 眼科に関する医療	(9) 心臓移植に関する医療
(2) 耳鼻咽喉科に関する医療	(10) 腎臓に関する医療
(3) 口腔に関する医療	(11) 腎移植に関する医療
(4) 整形外科に関する医療	(12) 小腸に関する医療
(5) 形成外科に関する医療	(13) 肝臓移植に関する医療
(6) 中枢神経に関する医療	(14) 歯科矯正に関する医療
(7) 脳神経外科に関する医療	(15) 免疫に関する医療
(8) 心臓脈管外科に関する医療	
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。

(別紙1)

## 経 歴 書

【主として担当する医師】

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
現住所			
最終学歴	( 年 月卒業)		
学位 (いずれかに○)	無	有	学位の種類及び取得年 学位授与大学名
医師免許	年 月 日		医籍登録第 号
関係学会加入状況			
職歴及び任免事項		師事した指導者の氏名、学位論文名 又は学会に提出した論文名	
年 月 日	大学卒業後現在までの職歴等		

## <記入要領>

- 1 「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 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すること。
- 3 「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
  - (1) 医師免許証の写しを添付すること。
  - (2) 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利用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、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、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、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すること。  
(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
  - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 4 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か月又は1週間あたり)、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙4)を添付すること。
- 5 論文名等は日本語で記載すること。
- 6 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ(別紙5)及び(別紙6)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 7 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は、(別紙7)又は(別紙8)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 8 腎移植に関する医療を担当しようとする場合は、任意の様式により腎移植に関する臨床実績を3例以上記載したものを添付すること。
- 9 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は、任意の様式により口蓋裂の歯科矯正の臨床経験を5例以上記載したものを添付すること。
- 10 肝臓移植に関する医療を担当しようとする場合は、任意の様式により生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績を3例以上記載したものを添付すること。
- 11 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙9)又は(別紙10)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

(別紙2)

## 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

設備（担当しようとする医療で特に必要とされるものを主に記載のこと）			
品 目	数 量	品 目	数 量

注 腎臓に関する医療を担当しようとする医療機関にあつては、人工透析にかかる専用のスペースを有していることを確認できる図面を添付すること。

指 定 基 準	適 否
指定自立支援医療機関療養担当規程（育成医療・更生医療）（平成18年厚生労働省告示第65号）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える。	
現に自立支援医療の対象となる身体障害の治療を行っている。	
患者やその家族の要望に応じて、各種医療、福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されている。	
自立支援医療を行うため、担当しようとする医療の種類について、その診断及び治療を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されている。	
担当しようとする医療について、特に必要とされる体制及び設備（※）が整備されている。	
体 制	

- 注) 1 指定基準を満たす体制が整備されている場合には「適否」欄に○を記入すること。  
2 「体制」欄には①担当しようとする医療に関わるスタッフの体制、②診療日及び診療時間、③診療内容、については必ず記載すること。

※ 特に必要とされる設備及び体制

心臓脈管外科に関する医療	心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有していること。
心臓移植に関する医療	移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。
心臓移植術後の抗免疫療法	心臓移植術実施施設又は心臓移植術後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。
腎臓に関する医療	血液浄化療法に関する機器及び専用のスペースを有していること。
腎移植に関する医療	腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置（機器）を備えていること。
肝臓移植に関する医療	移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること又は「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であること。
肝臓移植術後の抗免疫療法	肝臓移植術実施施設又は肝臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。
免疫に関する医療	各診療科医師の連携により総合的なH I V感染に関する診療の実施ができる体制および設備であること。

(別紙3)

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)の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

香川県知事 殿

開設者	住所
〔法人にあつては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名〕	氏名

下記に掲げる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(以下「法」という。)第59条第3項で準用する法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定に該当しないことを誓約します(役員等含む。)

#### 記

(誓約項目)

法第59条第3項で準用する法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定関係

- 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、法その他の法律(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、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律)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)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った日を経過していない。
- 4 (第6号関係)申請者が、法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つた日前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。)であつた者で、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つた日前60日以内に当該者の管理者であつ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、法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)申請者が法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つた場合において、申請者が、同号の通知の日前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。)の管理者であつた者で、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(第7号を除く)のいずれかに該当する者がある。
- 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(第7号を除く)のいずれかに該当する。

(別紙4)

## 研究内容に関する証明書

医療機関名

氏 名

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日

至 年 月 日

月間 (1 週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

至 年 月 日

月間 (1 週 日 時間)

3. その他の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

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名



(別紙4)

## 研究内容に関する証明書（記載例）

医療機関名 県立 ○○ 病院

氏 名 △ △ △

1 研究テーマ

変形性膝関節の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 ○○年 1月 1日

至 ○○年 6月 30日

6月間（1週 6日 44時間）

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 ○○年 7月 1日

至 ○○年 5月 31日

11月間（1週 6日 44時間）

3. その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

変形性膝関節の組織学的研究

副論文

脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例

小児に発生した pancoast 腫瘍の1例

足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年 ○○月 ○○日

大学名 ○○大学医学部教授

氏 名 △ △ △

## 人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

### 1 専門研修

#### (1) 研修期間

自 年 月 日  
至 年 月 日

#### (2) 医療機関及び指導医

### 2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	

### 3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 ( 年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名

(別紙6)

## 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医師名	
-------	--	--------------	--

### ○ 中心静脈栄養法

医療機関名	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日	( )	
	年 月 日 ~ 年 月 日	( )	
	年 月 日 ~ 年 月 日	( )	

### ○ 経腸栄養法

医療機関名	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(別紙6 記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。  
ただし、既定の症例数(中心静脈栄養法 20 例以上、経腸栄養法 10 例以上)について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。【→別紙6 添付書類】
- 4 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については、( ) 内に再掲すること。
  - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
  - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが 10 日間以上のものを症例として計上すること。  
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は 1 回とみなし、複数の症例として計上しないこと。



(別紙7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
-------	--	--------------	--

○ 心臓移植術後の抗免疫療法

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

○ 心臓移植術

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(別紙 7 記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。  
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。  
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

(別紙8)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

所属する 医療機関		連携する 医師名	
--------------	--	-------------	--

○ 心臓移植術

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

○ 心臓移植術後の抗免疫療法

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

連携する医師の経歴書

生 年 月 日	年 月 日	学 位	
職 歴 及 び 任 免 事 項		師事した指導者名、学位論文名 又は学会論文名	
年 月 日	職 歴 等		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名



(別紙8 記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
-------	--	--------------	--

○ 肝臓移植術後の抗免疫療法

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

○ 肝臓移植術

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(別紙9 記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。  
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。  
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

(別紙10)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

所属する 医療機関		連携する 医師名	
--------------	--	-------------	--

○ 肝臓移植術

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

○ 肝臓移植術後の抗免疫療法

実施医療機関名等	期 間	症例数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

連携する医師の経歴書

生 年 月 日	年 月 日	学 位	
職 歴 及 び 任 免 事 項			師事した指導者名、学位論文名 又は学会論文名
年 月 日	職 歴 等		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(別紙 10 記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

