

平成21年3月31日

関係各位

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課自立支援医療係長

「指定自立支援医療機関の指定について」の一部改正について

自立支援医療につきまして、平素より御尽力頂き御礼申し上げます。

さて、標記について別添のとおり各都道府県知事・指定都市市長・中核市市長あてに通知しましたので、御了知いただくとともに、関係機関及び関係団体等に対する周知方よろしくお願いいたします。

<担当連絡先>

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課自立支援医療係 林

TEL : 03-5253-1111 (内 3057)

FAX : 03-3593-2008

事 務 連 絡
平成21年3月31日

各都道府県、指定都市、中核市
自立支援医療（精神通院・更生・育成）担当係長 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課自立支援医療係長

「指定自立支援医療機関の指定について」の一部改正について

自立支援医療につきまして、平素より御尽力いただき御礼申し上げます。

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく自立支援医療を実施することができる医療機関の指定については、「指定自立支援医療機関の指定について」（平成18年3月3日障発第0303005号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・保健福祉課長通知。以下「指定要領」という。）により実施しているところですが、今般、心臓移植後の抗免疫療法を実施する医療機関の指定のための様式等を追加したので、管内の市町村を含めた各関係機関への周知を行っていただくとともに事業の適正な実施を図られるようお願いいたします。

また、新設薬局の指定に係る事項についても新たに追加することとしたので、今後の新設薬局に対する取扱いについては、当該指定要領により適正に指定を行っていただくよう併せてお願いいたします。

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課自立支援医療係 平野・林
T E L : 03-5253-1111 (内線 3057)
F A X : 03-3593-2008
Email : jiritsuiryou@mhlw.go.jp

人

障精発第 0331005 号

平成 21 年 3 月 31 日



各 { 都道府県
指定都市
中核市 } 障害保健福祉主管部 (局) 長 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課長



「指定自立支援医療機関の指定について」の一部改正について

障害者自立支援法（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の指定については、「指定自立支援医療機関の指定について」（平成18年3月3日障精発第0303005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領（別紙1）及び指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領（別紙2）により実施されているところであるが、今般、「障害者自立支援法施行令第35条第1項第1号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示第158号）の一部を改正し、本年4月1日から施行され、心臓移植術後の抗免疫療法を対象として加えることとしたので、これに伴い、別添のとおり当該通知の一部を改正し、本年4月1日から適用することとしたので、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮願いたい。

改正後	改正前
<p>別紙1 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 指定（変更）審査 (略)</p> <p>1 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 心臓移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、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。 なお、心臓移植術後の抗免疫療法を担当する医療機関にあつては、心臓移植術実施施設又は心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。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(6) 薬局にあつては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。 なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。また、通路、待合室な</p>	<p>別紙1 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 指定（変更）審査 (略)</p> <p>1 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 心臓移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、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。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(6) 薬局にあつては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。</p>

ど、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。

(7) (略)

3

(略)

(1) ~ (2)

(3) (略)

ア

(略)

イ 心臓移植に関する医療
心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における
心臓移植経験者であること。
なお、心臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者
又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保
できる者であること。

ウ~カ

(略)

様式1- (1)

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

(記入要領)

1~10

(略)

11 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6)又は(別紙7)による臨床実績等に関する証
明書を履歴書に添付すること。

(別紙1) ~ (別紙5)

(略)

(7)

(略)

3

(略)

(1) ~ (2)

(3) (略)

ア

(略)

イ 心臓移植に関する医療
心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における
心臓移植経験者であること。

ウ~カ

(略)

様式1- (1)

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

(記入要領)

1~10

(略)

(別紙1) ~ (別紙5)

(略)

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		備考
	期	医師名	
	症例数	実施医療機関名等	
年 月 年 月 年 月	心臓移植後の抗免疫療法	病院 病院 HP (国名)	
年 月 年 月 年 月	心臓移植術	病院 HP (国名)	

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

印

(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。

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実習証明書 (連携機関の医師)

連携する 医療機関名	連携する 医師名	備考
期間	症例数	実施医療機関名等
年 月 月 ~ 年 月 月		心臓移植術 病院 HP (国名)
年 月 月 ~ 年 月 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国名)
連携する医師の経歴書	生年月日	学位
年月日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名

無

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

印

(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。

様式1 - (2)

(略)

(別紙1) ~ (別紙2)

(略)

様式1 - (3)

(略)

(別紙1) ~ (別紙5)

(略)

様式2 - (1) ~ (6)

(略)

様式1 - (2)

(略)

(別紙1) ~ (別紙2)

(略)

様式1 - (3)

(略)

(別紙1) ~ (別紙5)

(略)

様式2 - (1) ~ (6)

(略)

別紙2

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領

第1

(略)

第2 指定（変更）審査

(略)

1～3

(略)

4 薬局にあっては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

なお、新規開局する保険薬局にあっては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

5

(略)

様式1 - (1)～(3)

(略)

様式2 - (1)～(4)

(略)

別紙2

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領

第1

(略)

第2 指定（変更）審査

(略)

1～3

(略)

4 薬局にあっては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

5

(略)

様式1 - (1)～(3)

(略)

様式2 - (1)～(4)

(略)

各 { 都道府県
指定都市
中核市 } 障害保健福祉主管部 (局) 長 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神保健福祉課長

指定自立支援医療機関の指定について

障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関の指定について、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領（別紙 1）及び指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領（別紙 2）を作成したので、自立支援医療の給付水準の確保、指定事務の円滑かつ適正な運営を期するため、貴職におかれても、これを参考としつつ遺漏なきよう努めるとともに、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮願いたい。

なお、平成 13 年 3 月 30 日障精発第 19 号「更生医療担当医療機関の指定について」は廃止する。

また、昭和 55 年 5 月 20 日社更発第 82 号「更生（育成）医療における形成外科的治療を担当する医療機関の指定について」及び昭和 57 年 3 月 23 日社更発第 43 号「音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正」の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定については、本通知手続きを参考にして行うものであること。

なお、この通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

別紙1

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 指定要領

第1 指定（変更）事務

- 1 法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定を申請しようとする者（以下「申請者」という。）からの指定自立支援医療機関指定申請書（以下「申請書」という。）は、別紙様式1により作成の上、医療機関の所在地の都道府県知事（指定都市、中核市にあっては市長。以下同じ。）へ提出させること。審査結果に基づく指定に関する通知は、別紙様式2により速やかに申請者へ通知すること。

なお、指定年月日は、原則として、指定の決定をした日の属する月の翌月初日とすること。

- 2 申請の際に、特段の申出がない場合については、育成医療及び更生医療双方の申請があったものとして取り扱い、その場合の審査、指定等の事務については一括して行うこと。

なお、申請者が、育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望している場合は、申請書にその旨を明記させることとし、この場合は申請のあった自立支援医療についてのみ審査、指定等の事務を行うこと。

- 3 育成医療又は更生医療において担当する医療の種類を変更しようとする者（例えば、整形外科に関する医療を形成外科に関する医療に変更しようとする者）からの申請書は、別紙様式1により作成し医療機関の所在地の都道府県知事へ提出させること。

- 4 指定自立支援医療を主として担当する医師、歯科医師又は薬剤師の変更等があった場合には、法第64条の規定により届け出るよう指導し、変更後の医師、歯科医師又は薬剤師の経歴等を確認すること。なお、指定自立支援医療を主として担当する医師等の変更の届け出に当たっては、申請書の添付書類に準じた書類を提出させることとする。また、確認した結果が不相当と認められるときは、他の医師、歯科医師又は薬剤師に変更させる等の指導を行うこととし、これが不可能な場合には、法第68条の規定に基づく指定の取消しを検討すること。

第2 指定（変更）審査

指定（変更）審査については、次に掲げる事項を満たしているかどうかを判断するものとする。

- 1 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。以下「療担規程」という。）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、かつ、病院及び診療所にあっては、原則として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こと。
- 2 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こと。

また、病院及び診療所にあっては、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こと。

なお、特に必要とされる体制及び設備は次のとおりであること。

(1) 心臓脈管外科に関する医療を担当する医療機関にあつては、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。

(2) 心臓移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、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。

なお、心臓移植術後の抗免疫療法を担当する医療機関にあつては、心臓移植術実施施設又は心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。

(3) 腎臓に関する医療を担当する医療機関にあつては、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。

(4) 腎移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、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。

(5) 免疫に関する医療を担当する医療機関にあつては、各診療科医師の連携により総合的なHIV感染に関する診療の実施ができる体制及び設備であること。

(6) 薬局にあつては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。

なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。

(7) 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）にあつては、原則として現に育成医療又は更生医療の対象となる訪問看護等を行っており、かつ、療担規程に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために、必要な職員を配置していること。

3 病院及び診療所にあつては、指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が、次に掲げる要件を満たしていること。

(1) 当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。

(2) それぞれの医療の種類の種類につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍又は歯科医籍登録後、通算して5年以上あること。

適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む。）、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指すものであること。

(3) 中枢神経、心臓移植、腎臓、腎移植、小腸及び歯科矯正に関する医療を主として担当する医師又は歯科医師にあつては、(1)及び(2)に掲げる要件のほか、次の事項についても審査すること。

ア 中枢神経に関する医療

これまでの研究・診療経験と、育成医療又は更生医療で対象としている医療内容に関連性が認められるものであること。

イ 心臓移植に関する医療

心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植経験者であること。

なお、心臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

ウ 腎臓に関する医療

血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あること。

エ 腎移植に関する医療

腎移植に関する臨床実績が3例以上あること。

オ 小腸に関する医療

中心静脈栄養法について20例以上、経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有していること。

カ 歯科矯正に関する医療

これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ、5例以上の経験を有していること。

様式1 - (1)

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

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		(別紙1)	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)
自立支援医療を行うための入院設備の 定員		人		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（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（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく 申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>印</p> <p>〇 〇 〇 〇 殿</p>				

※ 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「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(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	(8)心臓脈管外科に関する医療
(2)耳鼻咽喉科に関する医療	(9)心臓移植に関する医療
(3)口腔に関する医療	(10)腎臓に関する医療
(4)整形外科に関する医療	(11)腎移植に関する医療
(5)形成外科に関する医療	(12)小腸に関する医療
(6)中枢神経に関する医療	(13)歯科矯正に関する医療
(7)脳神経外科に関する医療	(14)免疫に関する医療
- 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収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 (別紙1) 経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 6 (別紙1) 経歴書の「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。
- 7 (別紙1) 経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
 - (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)
- 8 (別紙1) 経歴書には、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3)を添付すること。
- 9 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4)及び(別紙5)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。
- 10 (別紙2) 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。
- 11 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6)又は(別紙7)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1)

経 歴 書

学 位		姓 名	印	生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	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			

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏名

印

- 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) 月間 (1週 日 時間)
至 年 月 日
 - (2) 教授指導下での教室外における臨床実習
自 年 月 日) 月間 (1週 日 時間)
至 年 月 日
- 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

印

研究内容に関する証明書 (記載例)

医療機関名 市立 ○○ 病院
氏名 △△ △ 印

- 1 研究テーマ 変形性膝関節症の組織学的研究
- 2 研究の内容別期間等
 - (1) 教室における臨床実習
自 平成○年1月1日) 6月間 (1週 6日 44時間)
至 平成○年6月30日
 - (2) 教授指導下での教室外における臨床実習
自 平成○年7月1日) 11月間 (1週 6日 44時間)
至 平成○年5月31日
- 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 変形性膝関節症の組織学的研究
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 △△ △ 印

(別紙4)

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

印

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			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

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

医療機関名
氏 名

印

(別紙5)

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	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
〇〇病院	年月 ~ 年月	中心静脈栄養法 ()	
〇〇病院	~	()	
〇〇病院	~	()	
〇〇病院	年月 ~ 年月	経腸栄養法	
〇〇病院	~		
〇〇病院	~		
〇〇病院	~		

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

印

(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。
- 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6)

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	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国 名)

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

印

(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7)

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	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	(国 名)
連携する医師の経歴書	生年月日		学位
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

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

印

(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。

様式1 - (2)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書
（薬局）

保険薬局	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名			略歴	(別紙1)
調剤のために必要な設備及び施設の概要			(別紙2)	
上記のとおり、障害者自立支援法（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（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく申請する。				
年 月 日				
開 設 者 住 所 氏名又は名称				
印				
○ ○ ○ ○ 殿				

※ 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「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		姓 名	印	生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

(別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
主たる設備	品 目	品 目	

- (備考) 1 薬局の見取図を添付すること。
2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

様式1-(3)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定(変更)申請書
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者 ・指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	
	職 員 の 定 数	(別紙)
<p>上記のとおり、障害者自立支援法(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(育成医療・更生医療)として指定(変更)されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 所在地 名 称 印</p> <p>〇 〇 〇 〇 殿</p>		

※ 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「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(別紙)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

職 種	定 数

(備考) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

様式2 - (1)

(指定自立支援医療機関の指定)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 } 殿
指定居宅サービス事業者 }
・ 指定訪問看護事業者 }

〇〇〇都道府県知事 印
〇 〇 〇 市長 印

障害者自立支援法第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)の指定について

年 月 日付け申請について、その内容を審査した結果、
障害者自立支援法(平成17年法律第123号)第59条第1項の規定により、
年 月 日付けをもって指定する。

なお、この指定に当たっては、次の条件を付して次表のとおり承認されたものであるから
了知されたい。

- 1 主として担当する医師、名称、所在地等障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生
労働省令第19号)第61条及び第63条に規定される内容に変更があった場合には、
速やかに届け出ること。
- 2 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)により自立支援医療(育成医療・更生医療)の適正な実施に努めること

名 称	担当する医療の種類	主として担当する医師の氏名 又は訪問看護ステーション等の名称
	(指定自立支援医療機 関(薬局を除く。)の 場合のみ記載のこと)	

様式2-(2)

(指定自立支援医療機関の指定をしないこととした場合)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 }
指定居宅サービス事業者 } 殿
・指定訪問看護事業者 }

〇〇〇都道府県知事 印

〇 〇 〇 市 長 印

障害者自立支援法第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)の指定について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した
結果、指定しないこととしたので了知されたい。

名 称	医 療 の 種 類	理 由
	(指定自立支援医療機関(薬局を除く。)の場合のみ記載のこと)	

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として(訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日
の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この
処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その
異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお
、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対す
る決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。))。

様式2-(3)
(指定の保留)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者
指定居宅サービス事業者 } 殿
・指定訪問看護事業者

〇〇〇都道府県知事 印
〇 〇 〇 市 長 印

障害者自立支援法第59条第1項による指定自立支援医療機関
の指定(変更)について

年 月 日付け申請のあった〇〇〇〇(医療機関等名を記載)に係る標記については、指定申請の内容を審査した結果、次のような不明な点があるため指定(変更)を保留したので、次の事項に対する回答につき、よろしくお取り計らい願いたい。

名 称	不 明 な 点

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

様式2-(4)

(医療の種類の変更の承認)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印

〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の担当する
医療の種類の変更について

年 月 日付け申請について、その内容を審査した結果、年 月 日付けをもって承認する。

なお、この承認に当たっては、次の条件を付して次表のとおり承認されたものであるから了知されたい。

1 主として担当する医師、名称、所在地等障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第61条又は第63条に規定される内容に変更があった場合には、速やかに届け出ること。

2 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65号）により自立支援医療（育成医療・更生医療）の適正な実施に努めること。

指定自立支援医療機関の名称	担当する医療の種類	主として担当する医師の氏名

様式2 - (5)

(医療の種類の変更を承認しないこととした場合)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印
〇 〇 〇 市長 印

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の担当する
医療の種類の変更について

年 月 日付け申請のあった次の指定自立支援医療機関に係る標記については、
申請内容を審査した結果、承認しないこととしたので了知されたい。

指定自立支援医療機関の名称	医療の種類	理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日
の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この
処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その
異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお
、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対す
る決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式2-(6)

(主として担当する医師の変更が適当でない場合)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印

〇 〇 〇 市長 印

指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

年 月 日付で届出された標記については、内容を確認した結果、次の指定自立支援医療機関の医師は、指定自立支援医療を主として担当する医師として適当でなく、他の適当な医師に変更し、改めて担当医師の変更手続をとるか、又は当該医師が担当する医療の種類について辞退の手続をとることが必要であると思われるので、早急に所要の手続を検討されたい。

指定自立支援医療機関の名称	担当する医療の種類	医師の氏名

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領

第1 指定（変更）事務

- 1 法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定を申請しようとする者（以下「申請者」という。）からの指定自立支援医療機関指定申請書（以下「申請書」という。）は、別紙様式1により作成の上、医療機関の所在地の都道府県知事（指定都市にあっては市長）へ提出させること。審査結果に基づく指定に関する通知は、別紙様式2により速やかに申請者へ通知すること。

なお、指定年月日は、原則として、指定の決定をした日の属する月の翌月初日とすること。

- 2 指定自立支援医療を主として担当する医師又は薬剤師の変更等があった場合には、法第64条の規定により届け出るよう指導し、変更後の医師の経歴等を確認すること。なお、指定自立支援医療を主として担当する医師等の変更の届け出に当たっては、申請書の添付書類に準じた書類を提出させることとする。

また、確認した結果が不相当と認められるときは、他の医師に変更させる等の指導を行うこととし、これが不可能な場合には、法第68条の規定に基づく指定の取消しを検討すること。

第2 指定（変更）審査

指定（変更）審査については、次に掲げる事項を満たしているかどうかを判断するものとする。

- 1 指定自立支援医療機関療養担当規程（精神通院医療）（平成18年厚生労働省告示第66号。以下「療担規程」という。）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であること。
- 2 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体制が整備されていること。また、病院及び診療所にある場合は、自立支援医療を行うため、担当しようとする精神医療について、その診断及び治療を行うに当たって、十分な体制を有しており、適切な標榜科が示されていること。
- 3 病院及び診療所にある場合は、指定自立支援医療を主として担当する医師が、次に掲げる要件を満たしている保険医療機関であること。

ただし、当該保険医療機関における精神障害を有する者に対する医療の体制、当該保険医療機関の地域における役割等を勘案し、指定自立支援医療機関として指定することが適当であると認められる病院又は診療所については、（1）のみを満たしていることとする。

- （1）当該指定自立支援医療機関に勤務（非常勤を含む。）している医師であること。
- （2）保険医療機関における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。

また、精神医療についての診療従事年数には、てんかんについての診療を含み、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含むものであること。

- 4 薬局にあっては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

- 5 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）にあつては、療担規程に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために、必要な職員を配置していること。

様式1 - (1)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定（変更）申請書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
標榜している診療科目※		
主として担当する医師の経歴		(別紙)
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（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（変更）されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>○ ○ ○ ○ 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。

(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)

(別紙)

経 歴 書

姓 名	印	生年月日	
現住所			
年 月 日	任	免	事 項

様式1-(2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定（変更）申請書
（薬局）

保険薬局	名称			
	所在地			
開設者	住所			
	氏名又は名称			
薬剤師の氏名			略歴	(別紙)
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（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（変更）されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 氏名又は名称</p> <p>印</p> <p>〇 〇 〇 〇 殿</p>				

(別紙)

経 歴 書

学 位		姓 名	印	生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

様式1-(3)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定（変更）申請書
（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者 ・ 指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	
	職 員 の 定 数	（別紙）
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（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（変更）されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 所在地 名 称 印</p> <p>〇 〇 〇 〇 殿</p>		

（別紙）

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数

（備考） 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

様式2-(1)

(指定自立支援医療機関の指定)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 }
指定居宅サービス事業者 } 殿
・指定訪問看護事業者 }

〇〇〇都道府県知事 印

〇 〇 〇 市 長 印

障害者自立支援法第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)の指定について

年 月 日付け申請について、その内容を審査した結果、
障害者自立支援法(平成17年法律第123号)第59条第1項の規定により、
年 月 日付けをもって指定する。

なお、この指定に当たっては、次の条件を付して次表のとおり承認されたものであるから了知されたい。

- 1 主として担当する医師、名称、所在地等障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生労働省令第19号)第61条及び第63条に規定される内容に変更があった場合には、速やかに届け出ること。
- 2 指定自立支援医療機関療養担当規程(精神通院医療)(平成18年厚生労働省告示第66号)により自立支援医療の適正な実施に努めること。

名 称	主として担当する医師の氏名 又は訪問看護ステーション等の名称

様式2-(2)

(指定自立支援医療機関の指定をしないこととした場合)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 } 殿
指定居宅サービス事業者 }
・指定訪問看護事業者 }

〇〇〇都道府県知事 印

〇 〇 〇 市 長 印

障害者自立支援法第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)の指定について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した
結果、指定しないこととしたので了知されたい。

名 称	理 由

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として(訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日
の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この
処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その
異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお
、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対す
る決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。))。

様式2-(3)
(指定の保留)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者
指定居宅サービス事業者 } 殿
・指定訪問看護事業者

〇〇〇都道府県知事 印
〇 〇 〇 市 長 印

障害者自立支援法第59条第1項による指定自立支援医療機関
(精神通院医療)の指定(変更)について

年 月 日付け申請のあった〇〇〇〇(医療機関等名を記載)に係る標記については、指定申請の内容を審査した結果、次のとおり不明な点があるため指定(変更)を保留したので、次の事項に対する回答につき、よろしくお取り計らい願いたい。

名 称	不 明 な 点

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

様式2-(4)

(主として担当する医師の変更が適当でない場合)

番 号
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

年 月 日付で届出された標記については、内容を確認した結果、次の指定自立支援医療機関の医師は、自立支援医療を主として担当する医師として適当でなく、他の適当な医師に変更し、改めて担当医師の変更等の手続をとることが必要であると思われるので、早急に所要の手続を検討されたい。

指定自立支援医療機関の名称	医師の氏名

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。