

栃木県指定自立支援医療機関指導等実施要綱

第1 目的

この要綱は、栃木県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(平成17年法律第123号。以下「法」という。)第66条に基づき、指定自立支援医療機関(育成医療、更生医療及び精神通院医療)に対して行う指導及び自己点検(以下「指導等」という。)に関して基本的事項を定めることにより、自立支援医療の質の確保及び自立支援医療費の支給の適正化を図ることを目的とする。

第2 指導方針

指導等は、指定自立支援医療機関に対し、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)、指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程(平成18年厚生労働省告示第66号)等に定める自立支援医療の取扱い及び自立支援医療に係る費用の請求等に関する事項について周知徹底を図ることを方針とする。

第3 対象機関

指導等の対象となる指定自立支援医療機関は、県が指定する指定自立支援医療機関とする。

第4 指導等の方法

指導等の方法は、次のとおりとする。

(1)自己点検

指定自立支援医療機関は、別紙様式「指定自立支援医療機関自己点検票」(以下「自己点検票」という。)を用いて、指定更新時に自己点検を実施し、指定更新申請書の提出に併せて県に提出するものとする。

(2)自己点検の確認及び実地指導等

県は提出された自己点検票の内容を確認し、必要があると認めるときは、実地指導を行う。

なお、実地指導において、著しい療養担当規程違反や不正な請求が疑われる場合は、監査を行うものとする。

附 則

この要綱は、令和3(2021)年4月1日から施行する。

【病院・診療所】指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先（電話番号）	TEL：
点検日	年 月 日

点検項目		自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
1	<p>【基本方針】</p> <p>○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>【根拠法令】</p> <p>・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」)第61条 ・法施行規則第60条</p>		
2	<p>【療養担当規程遵守状況】</p> <p>○受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で診療しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○医療受給者証に記載された医療の具体的方針により診療を行っているか。また、具体的方針を変更しようとするときは、あらかじめ当該受給者証を交付した市町村と協議(受診者が、具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付の上、市町村へ申請)し、市町村長の変更の承認を受けた具体的方針により診療しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて診療しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき、又は受診者に対し移送することが必要であり、かつ、自ら行うことができないと認めるときは、速やかに、その者に対し必要な援助を与えているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○指定自立支援医療を診療中の受診者及び市町村等から、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○受診者に関する診療録に、必要な事項を記載しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>○受診者が正当な理由なく、診療に関する指示に従わない場合、又は受給者が詐欺その他不正な手段により診療を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p>【根拠法令】</p> <p>・平18厚告65 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18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱</p>		

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
<p>3【人員体制、設備の整備状況】</p> <p>○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の体制整備がされているか。 また、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か。</p> <p>○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の要件を満たしているか。</p> <p>(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。 (3)その他、担当する医療の種類により別に定める要件を満たしているか。</p> <p>【根拠法令】</p> <p>・平18障発第0303005号 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</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>4【その他】</p> <p>○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか。</p> <p>○負担上限月額が設定されている受給者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。</p> <p>○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、標榜している診療科目の変更、主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴の変更、設備体制の概要等の変更があったときの変更届出は適正に行われているか。 ※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。</p> <p>【根拠法令】</p> <p>・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・法施行規則61条 ・平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	

【薬局】指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先（電話番号）	TEL：
点検日	年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
1 【基本方針】 ○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 【根拠法令】 ・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」)第61条 ・法施行規則第60条	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
2 【療養担当規程遵守状況】 ○受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。 ○医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で調剤しているか。 ○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて調剤しているか。 ○指定自立支援医療を診療中の受診者及び市町村等から、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。 ○受診者に関する調剤録に、必要な事項を記載しているか。 ○調剤及び調剤報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。 ○受診者が正当な理由なく、調剤に関する指示に従わない場合、又は受給者が詐欺やその他不正な手段により調剤を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。 【根拠法令】 ・平18厚告65 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18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
3 【人員体制、設備の整備状況】 ○受診者やその保護者の要望に応じて、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の体制整備がされているか。 ○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か。 ○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か。 【根拠法令】 ・平18障発第0303005号 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	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
4【その他】		
<p>○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか。</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>○負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、主として担当する管理薬剤師の氏名及び経歴の変更、設備体制の概要等の変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。 ※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>【根拠法令】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・法施行規則61条 ・平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱 		

【訪問看護】指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先（電話番号）	TEL：
点検日	年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
1 【基本方針】 ○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・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」)第61条 ・法施行規則第60条		
2 【療養担当規程遵守状況】 ○受診者の訪問看護を正当な事由がなく拒んでいないか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で訪問看護しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて訪問看護しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○指定自立支援医療を診療中の受診者及び市町村等から、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○訪問看護及び訪問看護の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者が正当な理由なく、訪問看護に関する指示に従わない場合、又は受給者が詐欺その他不正な手段により訪問看護を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・平18厚告65 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18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱		
3 【人員体制、設備の整備状況】 ○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の体制整備がされているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○適正な訪問看護等が行える施設であるか。また、そのために、必要な職員を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・平18障発第0303005号 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		

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
4【その他】		
<p>○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか。</p> <p>○負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、職員体制の変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。</p> <p>※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>【根拠法令】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・法施行規則61条 ・平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱 		

【病院・診療所】指定自立支援医療機関（精神通院医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先（電話番号）	TEL：
点検日	年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
1 【基本方針】 ○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・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」)第61条 ・法施行規則第60条		
2 【療養担当規程遵守状況】 ○受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で診療しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて診療しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者に関する診療録に、必要な事項を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者が正当な理由なく、診療に関する指示に従わない場合、又は受診者が詐欺その他不正な手段により診療を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・平18厚告66 指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程		

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
<p>3【人員体制、設備の整備状況】</p> <p>○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の体制整備がされているか。 また、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か。</p> <p>○指定自立支援医療を主として担当する医師が次の要件を満たしているか。</p> <p>(1)当該指定自立支援医療機関における医師であること。 (2)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、臨床研修期間中に従事していた期間も含むものであること。</p> <p>【根拠法令】 ・平18障発第0303005号 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(精神通院医療)指定要領</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>4【その他】</p> <p>○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか</p> <p>○負担上限月額が設定されている受給者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。</p> <p>○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、標榜している診療科目の変更、主として担当する医師の氏名及び経歴の変更、設備体制の概要等の変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。</p> <p>※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。</p> <p>【根拠法令】 ・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・法施行規則61条 ・平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱</p>	<p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>適 <input type="checkbox"/>否</p>	

【薬局】指定自立支援医療機関（精神通院医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先（電話番号）	TEL： _____
点検日	年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
1 【基本方針】 ○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 【根拠法令】 ・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」)第61条 ・法施行規則第60条	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
2 【療養担当規程遵守状況】 ○受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。 ○医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で調剤しているか。 ○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて調剤しているか。 ○受診者に関する調剤録に、必要な事項を記載しているか。 ○調剤及び調剤報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。 ○受診者が正当な理由なく、調剤に関する指示に従わない場合、又は受診者が詐欺やその他不正な手段により調剤を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。 【根拠法令】 ・平18厚告66 指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
3 【人員体制、設備の整備状況】 ○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の体制整備がされているか。 ○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か。 【根拠法令】 ・平18障発第0303005号 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(精神通院医療)指定要領	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
4【その他】		
<p>○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>○負担上限月額が設定されている受給者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、主として担当する管理薬剤師の氏名及び経歴の変更、設備体制の概要等の変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。 ※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<p>【根拠法令】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・法施行規則61条 ・平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱 		

【訪問看護】指定自立支援医療機関（精神通院医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先（電話番号）	TEL：
点検日	年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
1 【基本方針】 ○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・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」)第61条 ・法施行規則第60条		
2 【療養担当規程遵守状況】 ○受診者の訪問看護を正当な事由がなく拒んでいないか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で訪問看護しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて訪問看護しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○訪問看護及び訪問看護の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○受診者が正当な理由なく、訪問看護に関する指示に従わない場合、又は受給者が詐欺その他不正な手段により訪問看護を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・平18厚告66 指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程		
3 【人員体制、設備の整備状況】 ○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の体制整備がされているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 ○適正な訪問看護を行うために、必要な職員を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 【根拠法令】 ・平18障発第0303005号 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(精神通院医療)指定要領		

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
4【その他】		
○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、職員体制の変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。 ※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
【根拠法令】 ・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・法施行規則61条 ・平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について 自立支援医療費支給認定通則実施要綱		