別記様式１－（１）　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施行細則　別記様式第６号

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　）

【指定希望日：　　　年　月　日】

（　遡及申請の有無　　有（理由：　　　　　　　　のため）　・　無　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | 【開設日：　　　年　月　日】 | | | | | |
| 所在地 | (〒 - ) | | | | | |
| 開設者 | 住所 | (〒 - ) | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | 職　　名 |  | |
| 標ぼうしている診療科目 | |  | |  | | | |
| 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 | | | | |
| 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）を受けたいので、申請します。  　また、同条第３項において準用する同法第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。）のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒 -    氏名又は名称  　　栃木県知事　　　様 | | | | | | | |

（問合せ先　℡　　　　　　　　　　　　：担当者名　　　　　　　（別紙添書等に記載がある場合は省略可。））

※　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　　　　　　　　　⑵　耳鼻咽喉科　　に関する医療

くう

1. 口腔に関する医療　　　　　　　　　⑷　整形外科に関する医療

　⑸　形成外科に関する医療　　　　　　　⑹　中枢神経に関する医療

　⑺　脳神経外科に関する医療　　　　　　⑻　心臓脈管外科に関する医療

　⑼　心臓移植に関する医療　　　　　　　⑽　腎臓に関する医療

　⑾　腎移植に関する医療　　　 　　　　⑿　小腸に関する医療

　⒀　肝臓移植に関する医療　　 　　　　 ⒁　歯科矯正に関する医療

　⒂　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経歴」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。

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、○○医科大学眼科学教室又は○○病院眼科のように記載し、○○医科大学、○○病院のように省略しないこと。）

　　　　※　なお、勤務した「県外の病院」が「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」である場合には、その旨を記載すること。

1. 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。
2. 非常勤職員については、１か月又は１週間当たりの勤務日数、延べ時間数を明確に記載すること。
3. 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、○○医科大学整形外科週４日（延べ○時間勤務）、○○病院週２日（延べ○時間勤務）等）

　⑹　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、○○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週間当たり）、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。

12　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８）又は（別紙９）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。

|  |
| --- |
| 【指定年月日について】  ●　当月20日までに申請書類を受け付けたものについては、原則として、翌月１日付けをもって指定します。  　（例）当所：5/20申請書類受付　→　6/1付けを以て指定  【遡及申請について】  ●　次の場合には、「保険医療機関又は保険薬局の指定」における遡及申請・指定（以下、「局指定」という。）」の取扱いに準じて、当該局指定の事実の確認を以て、当該局指定の指定期間の初日を自立支援医療機関の指定日として遡及指定することとし、遡及申請を受け付けます。  （遡及申請をする場合には、あらかじめお問い合わせくださるようお願いします。）  　・（事業譲渡等）  保険医療機関又は保険薬局の開設者が変更になった場合で、前の開設者の変更と同時に引き続いて開設され、患者が引き続き診療を受けている場合  　　・（法人成り等）  　　　　保険医療機関又は保険薬局の開設者が「個人」から「法人組織」に、又は「法人組織」から「個人」に変更になった場合で、患者が引き続き診療を受けている場合    ●　遡及申請する場合には、「厚生局に遡及申請をしたことがわかる書面（申請書の写し）」を添付して、指定希望日の前月20日までに申請書類を提出してください。  ●　指定希望日の前月20日までに申請書類を受け付けたものについては、「局指定されたこと」が確認でき次第、当該局指定の指定期間の初日付けをもって、自立支援医療機関として指定します。  　　　厚生局から保険医療機関又は保険薬局の指定通知が交付されましたら、速やかに、FAX等により「写し」を御提出願います。  　（例）6/1を指定希望日とする場合  ①　当　所：　5/20　申請書類受付（厚生局への遡及申請書の写しを添付）  ②　厚生局：　7/ 1付けで保健医療機関又は保険薬局として遡及指定  （指定の期間：6/1から6年間）  ③　当　所：　7/20頃　FAX等により②の指定通知（写し）を確認  ④　当　所：　7/31付けで遡及指定・指定通知交付（指定日：6/1） |

（別紙１）

経歴書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふりがな  氏名 |  | | 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 | | |
|  |  | | |  | | |

※　医師免許証の写しを添付すること。

（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

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

----------------------------------------------------------------------------------------------------

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　　　　△△　　△

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  　　　至　平成○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　平成○年７月１日  　　　至　平成○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　　　　△△　　△

（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

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

（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 |
|  | | 年月日　　　年月日 | 中心静脈栄養法 | |  |
| ○○病院 | | ～ | (　　　　) | |
| ○○病院 | | ～ | (　　　　) | |
| ○○病院 | | ～ | (　　　　) | |
|  | | 年月日　　　年月日 | 経腸栄養法 | |  |
| ○○病院 | | ～ |  | |
| ○○病院 | | ～ |  | |
| ○○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

(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 | |  | 心臓移植術後の抗免疫療法  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

(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」及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに実施した心臓移植術後の抗免疫療法の実績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で心臓移植実施施設として選定された施設において、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、国外の医療機関を記載する場合は、備考欄に国名を記載すること。

5　心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術の実績を記載すること。

（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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関名 |  | | | | | | 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

(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」及び「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、これまでに実施した心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法の実績を直近時から遡って記載すること。

　　なお、国外の医療機関を記載する場合は、備考欄に国名を記載すること。

（別紙８）

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 |  | |
| 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 | |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法  病院  病院  HP | | （国名） |
| 年　　月～　　年　　月  年　　月～　　年　　月 | |  | 肝臓移植術  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

（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」及び「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９）

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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関名 |  | | | | | 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 | | |  | | | 肝臓移植術  病院  HP | | | | （国名） |
| 年　　月～　　年　　月  年　　月～　　年　　月 | | |  | | | 肝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

（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」及び「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。