

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）

保険医療機関	名 称	(医療機関コード)		
	所 在 地	(〒 —)	(電話番号)	
開 設 者	住 所	(〒 —)	(電話番号)	
	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の氏名 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収容設備の定員		人		
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>久留米市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: center;">〔 法人にあっては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名 〕</p>				

備考 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、「(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してください。

(記載要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- 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してください。
 - (1) 眼科に関する医療
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓脈管外科に関する医療
 - (9) 心臓移植
 - (10) 腎臓に関する医療
 - (11) 腎移植に関する医療
 - (12) 小腸に関する医療
 - (13) 歯科矯正に関する医療
 - (14) 免疫に関する医療
 - (15) 肝臓移植に関する医療
- 3 「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してください。
- 4 別紙1の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載してください。
- 5 別紙1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してください。
- 6 別紙1の「任免事項」は、次の点に留意して、記載してください。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。
 - (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、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないでください。)
 - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載してください。
 - (4) 非常勤職員については、1箇月又は1週間当たりの勤務日数、延時間数を明確に記載してください。
 - (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してください(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外科学教室等)。
- 7 別紙1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箇月又は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)を添付してください。
- 8 腎臓に関する医療又は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又は別紙5による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付してください。
- 9 別紙2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してください。

別紙 1

経 歴 書 (病院又は診療所)

学 位		フリガナ	生年 月日	
		氏 名		
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

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

年 月 日から

年 月 日まで

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

年 月 日から

年 月 日まで

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

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

年 月 日から
年 月 日まで

(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			

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

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 () () ()	
	年月日 年月日 ~ ~ ~	経腸栄養法	

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」の欄には、正式名称を記載してください。
- 2 「主たる担当医師名」の欄には、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してください。
- 3 症例数を記載する欄には個々の症例を直近時からさかのぼって記載し、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够了。
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してください。
- 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（ ）内に再掲してください。
 - (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ありません。
 - (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してください。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、当日又は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でください。