様式１－(１)

特定医療費　指定医療機関　指定申請書（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 開　設　者 | 住　　　　所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 標榜している診療科名 |  |
| 役員の氏名及び役職名 | 　（別紙１） |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。　また、同法第１４条第２項の規定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（法人にあっては所在地） 　　　　　　氏名 　　 　 　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者氏名） 　 　　高知県知事　　様 |

（誓約項目）

　難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第２項各号に該当しないことを誓約すること。

１　第１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２号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律その他の法律（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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医薬機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法、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、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、臨床研究法）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３号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律の規定により指定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った日前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。）であった者で、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った日前６０日以内に当該者の管理者であっ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。

４　第４号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律の規定により指定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。

５　第５号関係

申請者が難病の患者に対する医療等に関する法律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６号関係

第４号に規定する期間内に指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第４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。）の管理者であった者で、申出の日から起算して５年を経過していない。

７　第７号関係

申請者が、指定の申請前５年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

８　第８号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第１号から第７号までのいずれかに該当する者のあるもの。

９　第９号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第１号から第７号までのいずれかに該当する。

（別紙１）

役員の氏名及び役職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 役　　職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式１－(２)

特定医療費　指定医療機関　指定申請書（薬局）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 薬局コード |  |
| 開　設　者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 役員の氏名及び役職名 | 　（別紙１） |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。　また、同法第１４条第２項の規定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（法人にあっては所在地） 　　　　　　氏名 　　 　 　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者氏名） 　 　  　　高知県知事　　様 |

（誓約項目）

　難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第２項各号に該当しないことを誓約すること。

１　第１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２号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律その他の法律（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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医薬機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法、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、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、臨床研究法）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３号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律の規定により指定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った日前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。）であった者で、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った日前６０日以内に当該者の管理者であっ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。

４　第４号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律の規定により指定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。

５　第５号関係

申請者が難病の患者に対する医療等に関する法律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６号関係

第４号に規定する期間内に指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第４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。）の管理者であった者で、申出の日から起算して５年を経過していない。

７　第７号関係

申請者が、指定の申請前５年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

８　第８号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第１号から第７号までのいずれかに該当する者のあるもの。

９　第９号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第１号から第７号までのいずれかに該当する。

（別紙１）

役員の氏名及び役職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 役　　職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式１－(３)

特定医療費　指定医療機関　指定申請書（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定訪問看護事業者指定居宅サービス事業者指定介護予防サービス事業者 | 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 代表者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は介護保険事業者番号 |  |
| 役員の氏名及び役職名 | 　（別紙１） |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。　また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。 　　　　　　　年　　月　　日 　指定訪問看護事業者　　　　　　　　　　　　　　　指定居宅サービス事業者　　　　　　　　　　　　　　　指定介護予防サービス事業者所　在　地名　　　称代　表　者　　　　　 　　　 　 　  　　高知県知事　　様 |

（誓約項目）

　難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第２項各号に該当しないことを誓約すること。

１　第１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２号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律その他の法律（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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医薬機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法、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、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、臨床研究法）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３号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律の規定により指定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った日前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。）であった者で、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った日前６０日以内に当該者の管理者であっ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。

４　第４号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律の規定により指定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。

５　第５号関係

申請者が難病の患者に対する医療等に関する法律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６号関係

第４号に規定する期間内に指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第４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。）の管理者であった者で、申出の日から起算して５年を経過していない。

７　第７号関係

申請者が、指定の申請前５年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

８　第８号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第１号から第７号までのいずれかに該当する者のあるもの。

９　第９号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第１号から第７号までのいずれかに該当する。

（別紙１）

役員の氏名及び役職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 役　　職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式１－(１)

特定医療費　指定医療機関　指定申請書（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　称 | **○○法人　○○病院** |
| 所在地 | **〒７８０－○○○○****高知市□□町□丁目□番地** |
| 電話番号 | **０８８－８２３－○○○○** |
| 医療機関コード | **３９００００００００** |
| 開　設　者 | 住　　　　所 | **高知市□□町□丁目□番地** |
| 氏名又は名称 | **高知　太郎** |
| 標榜している診療科名 | **○○科、□□科、△△科****役員がいない場合****は、「無」と記載し、****別紙１は不要です。** |
| 役員の氏名及び役職名 | 　（別紙１） |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。　また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　　　　年　　月　　日**申請書の裏面（次ページ）をご確認ください。** 　　　　　　開　　設　　者住所（法人にあっては所在地） 　　　　　　氏名 　　 　 　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者氏名） 　 　　高知県知事　　様 |

様式１－(２)

特定医療費　指定医療機関　指定申請書（薬局）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　称 | **○○薬局　○○店** |
| 所在地 | **〒７８０－○○○○****高知市□□町□丁目□番地** |
| 電話番号 | **０８８－８２３－○○○○** |
| 薬局コード | **３９００００００００** |
| 開　設　者 | 住所 | **高知市□□町□丁目□番地** |
| 氏名又は名称 | **高知　太郎****役員がいない場合****は、「無」と記載し、****別紙１は不要です。** |
| 役員の氏名及び役職名 | （別紙１） |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。　また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　　　　年　　月　　日**申請書の裏面（次ページ）をご確認ください。**開　　設　　者住所（法人にあっては所在地） 　　　　　　氏名 　　 　 　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者氏名） 　 　  　　高知県知事　　様 |

様式１－(３)

特定医療費　指定医療機関　指定申請書（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定訪問看護事業者指定居宅サービス事業者指定介護予防サービス事業者 | 名　　称 | **株式会社　○○** |
| 主たる事務所の所在地 | **〒７８０－○○○○****高知市○○町○丁目○番地** |
| 電話番号 | **０８８－８２３－○○○○** |
| 代表者 | 住所 | **高知市○○町○丁目○番地** |
| 氏名 | **高知　三郎** |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | **訪問看護ステーション　□□□** |
| 所在地 | **〒７８０－○○○○****高知市○○町○丁目○番地** |
| 電話番号 | **０８８－８２３－○○○○** |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は介護保険事業者番号 | **役員がいない場合****は、「無」と記載し、****別紙１は不要です。** |
| 役員の氏名及び役職名 | 　（別紙１） |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。　また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。 　　　　　　　年　　月　　日**申請書の裏面（次ページ）をご確認ください。** 　指定訪問看護事業者　　　　　　　　　　　　　　　指定居宅サービス事業者　　　　　　　　　　　　　　　指定介護予防サービス事業者所　在　地名　　　称代　表　者　　　　　 　　　 　　  　　高知県知事　　様 |