

(第9条関係)

(その1)

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			
	所在地			
	電話番号			
	保険医療機関コード			
開設者	住所			
	氏名又は名称			
	生年月日			
標ぼうしている診療科名（担当しようとする自立支援医療（育成医療・更生医療）に係るものに限りません。）				
上の診療科において担当しようとする医療の種類				
自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名				
自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の経歴	別紙1のとおり	自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要	別紙2のとおり	
診療所の場合は、患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員	有 ・ 無 人			
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54条第2項の指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので、同法第59条第1項及び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規則第57条第1項の規定により上記のとおり関係書類を添えて申請します。 高知県知事 様 年 月 日 保険医療機関の開設者 主たる事務所の 所在地（住所） 名称 代表者の職・氏名（氏名）				

- 注 1 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、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない方を二重線で消してください。
- 2 「保険医療機関」の「名称」欄は、保険医療機関の正式の名称を記入してください。
- 3 開設者が法人である場合は、「開設者」の「住所」欄は法人の主たる事務所の所在地を、「開設者」の「氏名又は名称」欄は法人の名称及び代表者の職・氏名を記入してください。
- 4 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3項において読み替えて準用する同法第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。）に該当しないことを誓約する書面を添えてください。

## 経歴書

学位		ふりがな 氏名		生年月日	
現住所					
関係学会への加入状況					
年月日	任免事項	師事した指導者の氏名及び学位論文名又は学会に提出した論文名			

- 注 1 医師免許の取得時期を記入し、医師免許証の写しを添えてください。
- 2 最終学歴から現在に至るまでを詳細に記入してください。特に、専攻科目名、医師免許取得後その担当する自立支援医療の診療科目について研修した機関名（大学、病院等）及び期間並びに師事した指導者の氏名並びに学位論文又は学会に提出した論文でその担当する自立支援医療の診療科目に関連するものがある場合は、その主なものについて論文名及び提出年月日を記入してください。

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

	品目	数量	品目	数量
	設備（主要なもの）			
体制				

注 担当しようとする自立支援医療を行うための主要な設備及び体制を記入し、特に必要とする設備については、必ず記入してください。

(その2)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

(薬局)

保険薬局	名称			
	所在地			
	電話番号			
	保険医療機関コード			
開設者	住所			
	氏名又は名称			
	生年月日			
管理薬剤師の氏名		管理薬剤師の経歴	別紙1のとおり	
調剤のために必要な設備及び施設の概要			別紙2のとおり	
<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第54条第2項の指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので、同法第59条第1項及び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規則第57条第2項の規定により上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>高知県知事 様 年 月 日 保険薬局の開設者 主たる事務所の 所在地（住所） 名称 代表者の職・氏 名（氏名）</p>				

- 注 1 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、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない方を二重線で消してください。
- 2 「保険薬局」の「名称」欄は、保険薬局の正式の名称を記入してください。
- 3 開設者が法人である場合は、「開設者」の「住所」欄は法人の主たる事務所の所在地を、「開設者」の「氏名又は名称」欄は法人の名称及び代表者の職・氏名を記入してください。
- 4 「管理薬剤師」とは、薬事法（昭和35年法律第145号）第7条第3項に規定する薬局の管理者をいいます。
- 5 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3項において読み替えて準用する同法第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。）に該当しないことを誓約する書面を添えてください。

経歴書

ふりがな 氏名		生年月日	
現住所			
最終学歴			
薬剤師免許	年 月 日登録	登録番号	第 号
保険薬剤師登録	年 月 日登録	登録番号	第 号
主な職歴			
年月日	職歴及び業務内容		

- 注 1 薬剤師免許証及び保険薬剤師登録票の写しを添えてください。
- 2 「主な職歴（調剤経験に関するもの）」欄は、調剤業務に係る職歴及びその業務内容について記入してください。
- 3 薬局の開設と同時に又は薬局の開設から1月以内に申請する場合は、他の指定自立支援医療機関での管理薬剤師としての実績を次の表に記入してください。

指定自立支援医療機関の名称	指定自立支援医療機関の所在地	管理薬剤師であった期間
		年 月～ 年 月

## 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	
主な設備	品目	品目	品目

注 1 薬局の見取図を添えてください。

2 「主な設備」欄は、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）第1条に規定する設備以外のものがある場合に、その主なものを記入してください。

(その3)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）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	
	代表者の職・氏名	
	代表者の生年月日	
	代表者の住所	
訪問看護ステーション等	名称	
	所在地	
	電話番号	
	ステーションコード	
	職員の定数	別紙のとおり
<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第54条第2項の指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので、同法第59条第1項及び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規則第57条第3項の規定により上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>高知県知事 様</p> <p>年 月 日</p> <p>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 主たる事務所 の所在地 名称 代表者の職・氏名</p>		

- 注 1 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、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない方を二重線で消してください。
- 2 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3項において読み替えて準用する同法第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。）に該当しないことを誓約する書面添えてください。

別紙

当該訪問看護ステーション等において指定訪問看護（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第1項に規定する指定訪問看護をいいます。）又は訪問看護（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第4項に規定する訪問看護をいいます。）に係る指定居宅サービス（同法第41条第1項に規定する指定居宅サービスをいいます。）若しくは介護予防訪問看護（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護をいいます。）に係る指定介護予防サービス（同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービスをいいます。）に従事する職員の定数

職種	定数

注 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとにその定数を記入してください。