

特定医療費 指定医療機関 更新申請書 (病院又は診療所)

|   |         |                          |       |   |   |                              |
|---|---------|--------------------------|-------|---|---|------------------------------|
| 保険医療機関  | 名称※1    | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|   | 所在地     | <input type="checkbox"/> | 〒     |   |   |                              |
|   | 電話番号    | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|   | 医療機関コード | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
| 開設者<br>※2   | 住所      | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|   | 氏名又は名称  | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|   | 生年月日    | <input type="checkbox"/> | 年     | 月 | 日 | 役職名 <input type="checkbox"/> |
| 標榜している診療科名  |         | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
| 役員の氏名及び役職名  |         | <input type="checkbox"/> | (別紙1) |   |   |                              |
| <p>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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新したいので申請します。<br/>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する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所<br/>(法人にあつては所在地)</p> <p>氏名<br/>(法人にあつては名称及び代表者氏名)</p> <p>高知県知事様</p> |         |                          |       |   |   |                              |

(注) 直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある場合は、変更する事項の□の中にチェック(☑)をし、変更後の内容を記載してください。

※1 法人の場合は、「名称」欄に法人名も含めて記載してください。

※2 「開設者」が法人の場合は、法人について「住所」及び「氏名又は名称」欄に記載し、「生年月日」及び「役職名」は記載不要です。

(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）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。

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。



特定医療費 指定医療機関 更新申請書 (薬局)

|  |         |                          |       |   |   |                              |
|--|---------|--------------------------|-------|---|---|------------------------------|
| 保 険 薬 局  | 名 称     | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|  | 所 在 地   | <input type="checkbox"/> | 〒     |   |   |                              |
|  | 電 話 番 号 | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|  | 薬 局 コード | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
| 開 設 者  | 住 所     | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|  | 氏名又は名称  | <input type="checkbox"/> |       |   |   |                              |
|  | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | 年     | 月 | 日 | 役職名 <input type="checkbox"/> |
| 役員の氏名及び役職名   |         | <input type="checkbox"/> | (別紙1) |   |   |                              |
| <p>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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新したいので申請します。<br/>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する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所<br/>(法人にあっては所在地)</p> <p>氏名<br/>(法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p>高 知 県 知 事 様</p> |         |                          |       |   |   |                              |

(注) 直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある場合は、変更する事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

※1 法人の場合は、「名称」欄に法人名も含めて記載してください。

※2 「開設者」が法人の場合は、法人について「住所」及び「氏名又は名称」欄に記載し、「生年月日」及び「役職名」は記載不要です。

(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）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。

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。



特定医療費 指定医療機関 更新申請書 (指定訪問看護事業者等)

|  |                          |                          |                                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 指定訪問看護事業者  | 名 称※                     | <input type="checkbox"/> |                                |
|  | 主たる事務所の所在地               | <input type="checkbox"/> | 〒                              |
|  | 電話番号                     | <input type="checkbox"/> |                                |
|  | 住所                       | <input type="checkbox"/> |                                |
| 指定居宅サービス事業者  | 代<br>表<br>者              | 氏 名                      | <input type="checkbox"/>       |
|  |                          | 生年月日                     | <input type="checkbox"/> 年 月 日 |
|  |                          | 役 職 名                    | <input type="checkbox"/>       |
| 訪問看護ステーション等  |                          | 名 称                      | <input type="checkbox"/>       |
|  | 所 在 地                    | <input type="checkbox"/> | 〒                              |
|  | 電 話 番 号                  | <input type="checkbox"/> |                                |
| 訪問看護ステーションコード <sup>※</sup> 又は<br>介護保険事業者番号   | <input type="checkbox"/> |                          |                                |
| 役員の氏名及び役職名   | <input type="checkbox"/> | (別紙1)                    |                                |
| <p>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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新したいので申請します。<br/>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する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者<br/>指定居宅サービス事業者<br/>指定介護予防サービス事業者<br/>所 在 地<br/>名 称<br/>代 表 者</p> <p>高 知 県 知 事 様</p> |                          |                          |                                |

(注) 直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある場合は、変更する事項の□の中にチェック(☑)をし、変更後の内容を記載してください。

※ 法人の場合は、「名称」欄に法人名も含めて記載してください。

(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）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。

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。



