

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |        |                           |                      |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|---------------------------|----------------------|
| 該当するものに○をつけ、その下に記載の番号の欄を記入してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 病院・診療所<br>(①②④⑤⑥を記載) |        | 保険薬局<br>(①②⑤⑥を記載)         | 訪問看護事業者<br>(①③⑤⑥を記載) |
| ①                                 | 病院・診療所<br>保 険 薬 局<br>訪問看護ステーション                                                                                                                                                                                                                                                                                | 名称                   |        | 〇〇薬局                      |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 所在地                  |        | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇 |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 電話番号                 |        | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇             |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | メールアドレス              |        | 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇                |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 医療機関コード              |        | 〇〇〇〇〇〇〇 (7桁)              |                      |
| ②                                 | 病院・診療所<br>保 険 薬 局                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 開設者                  | 住所     | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇 |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | 氏名又は名称 | 〇〇 〇〇                     |                      |
| ③                                 | 訪問看護事業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 名称                   |        |                           |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 主たる事務所の所在地           |        | 〒                         |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 代表者                  | 住所     | 〒                         |                      |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | 氏名     |                           |                      |
| ④                                 | 標榜している診療科名<br>(薬局・訪問看護事業者は記載不要)                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |        | 〇〇科                       |                      |
| ⑤                                 | <p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を申請します。</p> <p>また、同法第19条の9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。</p> <p>〇〇年 〇月 〇日</p> <p>開設者</p> <p>住所（法人にあっては所在地）<br/>〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）<br/>〇〇 〇〇</p> <p>指定申請についての担当部署・担当者名及び連絡先を記入してください。</p> <p>鹿児島県知事 殿</p> <p>申請書の裏面をご確認ください。</p> |                      |        |                           |                      |
| ⑥                                 | 担当部署・担当者名                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 〇〇課・〇〇               |        | 連絡先                       | (099) 286-2775       |

※開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

※指定を行った医療機関等の名称、所在地等は、鹿児島県ホームページへの掲載等により公示します。

※メールアドレスについては、小児慢性特定疾病医療費助成に係る情報提供及び事務連絡に使用します。

(裏)

## 役員名簿

| 氏名    | 職名                                                                                                           |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 〇〇 〇〇 | 理事長                                                                                                          |
| 〇〇 〇〇 | 理事                                                                                                           |
| 〇〇 〇〇 | 監事                                                                                                           |
|       |                                                                                                              |
|       | ※役員全員（常勤・非常勤を問わず、各法人等の定款等で「役員」に定められた者及び申請する医療機関の管理者）をご記入ください。<br>※記入欄が不足する場合は「別添のとおり」と記載し、別紙により役員名簿をご提出ください。 |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |
|       |                                                                                                              |

記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。

### 【児童福祉法第19条の9第2項】

- 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るまでの者であるとき。
- 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの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るまでの者であるとき。
- 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの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るまでの者であるとき。
- 申請者が、第19条の18の規定により指定小児慢性特定疾病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年を経過しない者（当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しをした者が法人である場合においては、当該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つた日前60日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前60日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 申請者が、第19条の18の規定による指定小児慢性特定疾病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があつた日（第7号において「通知日」という。）から当該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第19条の15の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、第19条の16第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第19条の18の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第19条の15の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 第5号に規定する期間内に第19条の15の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前60日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、前項の申請前5年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 申請者が、法人でない者で、その管理者が第1号から第8号までのいずれかに該当する者であるとき。