

指定医療機関指定申請書

|  |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-------------------------------------|---------------------------|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険医療機関等  | 保険医療機関等の区分                          | 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等 |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 保険医療機関等コード                          | 2                         | 1  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 名称                                  |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 所在地                                 | 〒 —                       |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 電話番号                                |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | メールアドレス                             |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者等   | 住所又は所在地<br>(法人にあっては、<br>主たる事務所の所在地) | 〒 —                       |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名又は名称<br>(法人にあっては、<br>名称及び代表者職氏名)  |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 標ぼうしている診療科名<br>(病院又は診療所のみ記載)   |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 役員の職名及び氏名<br>(申請者が法人の場合)   | 職名                                  | 氏名                        | 職名 | 氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定により、上記のとおり指定医療機関の指定の申請をします。</p> <p>また、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p>申請者 住所又は所在地<br/>(開設者等) (法人にあっては、<br/>主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名又は名称<br/>(法人にあっては、<br/>名称及び代表者職氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                                     |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[事務担当者の連絡先]

|     |  |       |  |      |  |
|-----|--|-------|--|------|--|
| 部署等 |  | 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |
|-----|--|-------|--|------|--|

- 備考 1 「保健医療機関等の区分」は、該当する区分を○で囲んでください。
- 2 「保健医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
- 3 「メールアドレス」は、岐阜県から指定医療機関に対する連絡、難病に関する情報提供等に利用し、第三者への提供、ホームページ等での公表は行いません。
- 4 役員の記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

(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。