

## 浜松市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領

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（平成１７年法律第１２３号。以下「法」という。）第５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定又は法第６０条の規定による指定の更新については、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施行令（平成１８年政令第１０号）、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（平成１８年厚生労働省令第１９号）及び浜松市指定自立支援医療機関の指定等に関する規則（平成１８年浜松市規則第４５号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要領の定めるところによる。

### １ 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の役割

- (1) 法第５９条第１項の規定により育成医療及び更生医療を担当する医療機関として指定を受け、又は法第６０条の規定による指定の更新を受けた指定自立支援医療機関（以下「指定医療機関」という。）は、特段の申し出がない限り育成医療及び更生医療並びに戦傷病者特別援護法（昭和３８年法律第１６８号）第２０条の規定による更生医療を担当する。
- (2) 育成医療又は更生医療の指定又は指定の更新を希望する医療機関であって、いずれか単独での指定又は指定の更新を希望するものは、指定申請書にその旨明記しなければならない。

### ２ 指定医療機関が担当する医療の種類

指定医療機関は、次に掲げる医療の種類の一部又は全部を担当する。

- (1) 眼科に関する医療
- (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
- (3) 口腔に関する医療
- (4) 整形外科に関する医療
- (5) 形成外科に関する医療
- (6) 中枢神経に関する医療
- (7) 脳神経外科に関する医療
- (8) 心臓脈管外科に関する医療
- (9) 心臓移植に関する医療
- (10) 腎臓に関する医療
- (11) 腎移植に関する医療
- (12) 小腸に関する医療
- (13) 肝臓移植に関する医療
- (14) 免疫に関する医療
- (15) 歯科矯正に関する医療

- (16) 薬局
- (17) 訪問看護

### 3 指定医療機関の指定、指定の更新及び変更

- (1) 市長は、法第59条第1項の規定による指定又は法第60条の規定による指定の更新を受けようとする医療機関から指定又は指定の更新の申請があったときは、必要に応じ、あらかじめ自立支援医療に係る専門的な知識を有する者等の意見を聴いて指定する。
- (2) 市長は、(1)により指定医療機関を指定するときは、原則として指定の決定がなされた月の翌月の初日をもって指定する。
- (3) 市長は、(1)及び(2)により指定医療機関を指定したときは、次の事項について告示するとともに、「指定書」(第7号様式)を当該医療機関に交付する。

#### ア 病院又は診療所

- (ア) 指定医療機関の名称
- (イ) 指定医療機関の所在地
- (ウ) 担当すべき医療の種類
- (エ) 主として担当する医師又は歯科医師の氏名
- (オ) 指定(更新)年月日

#### イ 薬局

- (ア) 薬局の名称
- (イ) 薬局の所在地
- (ウ) 管理薬剤師の氏名
- (エ) 指定(更新)年月日

#### ウ 健康保険法(大正11年法律第70号)第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法(平成9年法律第123号)第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者(同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。以下「訪問看護事業者等」という。)

- (ア) 訪問看護事業又は居宅サービス事業を行う事業所(以下「訪問看護ステーション等」という。)の名称
- (イ) 訪問看護ステーション等の所在地
- (ウ) 指定(更新)年月日
- (4) 市長は、(1)により指定医療機関の指定の更新をしたときは、「指定更新書」(第8号様式)を当該医療機関に交付する。
- (5) 市長は、指定医療機関から担当する医療の種類の変更について申請があったときは、必要に応じ、あらかじめ自立支援医療に係る専門的な知識を有する者等の意見を聴いて承認する。
- (6) 市長は、(5)により担当する医療の種類の変更を承認したときは、その旨を告示するとともに当該指定医療機関に対し「担当医療変更承認書」(第9号様式)を交付する。
- (7) 市長は、(1)及び(5)により指定医療機関の申請の却下を決定したときは、その旨を当

該医療機関に通知する。

#### 4 審査（確認）の基準

- (1) 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65号）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、かつ、病院及び診療所にあつては、原則として現に自立支援医療の対象となる身体障害の治療を行っていること。
- (2) 指定医療機関は、別表1に掲げる設備及び体制を備えていること。
- (3) 自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師は、別表2に掲げる要件を満たしていること。

#### 5 指定の取消し

- (1) 市長は、指定医療機関が次に掲げるいずれかに該当したときは、あらかじめ自立支援医療に係る専門的な知識を有する者等の意見を聴いて、指定を取り消すことができる。
  - ア 法第68条の規定に該当したとき。
  - イ 自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師に変更があつた場合において、変更後の医師又は歯科医師の経歴等が審査の結果指定基準に適合しないと認められ、かつ、他の医師又は歯科医師に変更することが困難なとき。
- (2) 市長は、(1)により指定を取り消したときは、その旨を告示するとともに、当該医療機関に通知する。

#### 6 指定医療機関の届出事項

- (1) 指定医療機関は、次に掲げるいずれかに該当するときは、市長に届出しなければならない。
  - ア 病院又は診療所の場合
    - (ア) 病院又は診療所の名称及び所在地に変更があつたとき。
    - (イ) 代表者（開設者）の住所、氏名又は名称、生年月日及び職名に変更があつたとき。
    - (ウ) 標榜している診療科名のうち、担当している医療の種類に関係があるものに変更があつたとき。
    - (エ) 主として担当する医師又は歯科医師に変更があつたとき。
    - (オ) 自立支援医療を行うために必要な設備の概要に変更があつたとき。
    - (カ) 病院又は診療所を休止、廃止又は再開したとき。
    - (キ) 医療法（昭和23年法律第205号）第24条、第28条又は第29条に規定する処分を受けたとき。
    - (ク) 指定を辞退しようとするとき（指定の辞退に当たっては1月以上の予告期間を設けるものとする。）。
  - イ 薬局の場合
    - (ア) 薬局の名称及び所在地に変更があつたとき。

- (イ) 代表者(開設者)の住所、氏名又は名称、生年月日及び職名に変更があったとき。
- (ウ) 管理薬剤師に変更があったとき。
- (エ) 調剤のために必要な設備及び施設の概要に変更があったとき。
- (オ) 薬局を休止、廃止又は再開したとき。
- (カ) 薬事法(昭和35年法律第145号)第72条第4項又は第75条第1項に規定する処分を受けたとき。
- (キ) 指定を辞退しようとするとき(指定の辞退に当たっては1月以上の予告期間を設けるものとする。)

#### ウ 訪問看護ステーション等の場合

- (ア) 訪問看護ステーション等の名称及び所在地に変更があったとき。
  - (イ) 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の住所、氏名、生年月日及び職名に変更があったとき。
  - (ウ) 訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービスに従事する職員の定数に変更があったとき。
  - (エ) 訪問看護ステーション等を休止、廃止又は再開したとき。
  - (オ) 健康保険法第95条又は介護保険法第77条第1項に規定する処分を受けたとき。
  - (カ) 指定を辞退しようとするとき(指定の辞退に当たっては1月以上の予告期間を設けるものとする。)
- (2) 市長は、指定医療機関から主として担当する医師又は歯科医師の変更の届出があったときは、必要に応じ、あらかじめ自立支援医療に係る専門的な知識を有する者等の意見を聴いて承認する。
- (3) 市長は、(2)により主として担当する医師又は歯科医師の変更を承認したとき又は変更が適当でないと判断したときは、その旨を当該指定医療機関に通知する。
- (4) 市長は、(1)の届出のうち、指定医療機関の名称及び所在地の変更並びに指定の辞退があったときは、その旨を告示する。

## 7 申請又は届出に必要な書類

### (1) 病院又は診療所の場合

#### ア 指定申請又は担当する医療の種類の変更・追加

- (ア) 指定自立支援医療機関指定(変更)申請書(病院・診療所)(規則第1号様式)
- (イ) 主として担当する医師又は歯科医師の経歴書(別紙1)
- (ウ) 医師又は歯科医師免許証の写し
- (エ) 関係学会の加入を証明するもの
- (オ) 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)
- (カ) 設備の設置場所がわかる見取図又は平面図
- (キ) 主として担当する医師又は歯科医師の研究内容に関する証明書(別紙3)
- (ク) 腎臓に関する医療を担当する医師にあっては、人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書(別紙4)

- (ケ) 小腸に関する医療を担当する医師にあつては、中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書（別紙５）
- (コ) 心臓移植に関する医療を担当する医師にあつては、心臓移植症例申立書（別紙２０）
- (サ) 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当する医師にあつては、主として担当する医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙６）、又は連携機関の医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙７）
- (シ) 腎移植に関する医療を担当する医師にあつては、腎移植症例申立書（別紙２１）
- (ス) 肝臓移植に関する医療を担当する医師にあつては、肝臓移植症例申立書（別紙２２）
- (セ) 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当する医師にあつては、主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙８）、又は連携機関の医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙９）
- (ソ) 歯科矯正に関する医療を担当する歯科医師にあつては、歯科矯正症例申立書（別紙２３）
- (タ) その他市長が必要と認めるもの

#### イ 指定更新

指定自立支援医療機関指定更新申請書（病院・診療所）（規則第３号様式の２）

#### ウ 主として担当する医師又は歯科医師の変更

- (ア) 指定自立支援医療機関変更届出書（規則第４号様式）
- (イ) 主として担当する医師又は歯科医師の経歴書（別紙１）
- (ウ) 医師又は歯科医師免許証の写し
- (エ) 関係学会の加入を証明するもの
- (オ) 主として担当する医師又は歯科医師の研究内容に関する証明書（別紙３）
- (カ) 腎臓に関する医療を担当する医師にあつては、人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書（別紙４）
- (キ) 小腸に関する医療を担当する医師にあつては、中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書（別紙５）
- (ク) 心臓移植に関する医療を担当する医師にあつては、心臓移植症例申立書（別紙２０）
- (ケ) 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当する医師にあつては、主として担当する医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙６）、又は連携機関の医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙７）
- (コ) 腎移植に関する医療を担当する医師にあつては、腎移植症例申立書（別紙２１）
- (サ) 肝臓移植に関する医療を担当する医師にあつては、肝臓移植症例申立書（別紙２２）
- (シ) 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当する医師にあつては、主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙８）、又は連携機関の医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

(別紙 9)

(ス) 歯科矯正に関する医療を担当する歯科医師にあっては、歯科矯正症例申立書（別紙 23）

(セ) その他市長が必要と認めるもの

エ ウ以外の変更

(ア) 指定自立支援医療機関変更届出書（規則第 4 号様式）

(イ) 変更内容に付帯する書類

オ 休止、廃止又は再開

指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開・処分）届出書（規則第 5 号様式）

カ 医療法第 24 条、第 28 条又は第 29 条の規定による処分を受けたとき。

(ア) 指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開・処分）届出書（規則第 5 号様式）

(イ) 当該処分に関する通知書の写し

キ 辞退

指定自立支援医療機関辞退申出書（規則第 6 号様式）

(2) 薬局の場合

ア 指定申請

(ア) 指定自立支援医療機関指定申請書（薬局）（規則第 2 号様式）

(イ) 経歴書（管理薬剤師）（別紙 11）

(ウ) 薬剤師免許証の写し

(エ) 調剤のために必要な設備・施設の概要（別紙 12）

(オ) 薬局開設許可証の写し

(カ) 薬局内のレイアウトがわかるもの

(キ) 身体障害者に配慮した設備構造が確保されていることが確認できる写真

(ク) その他市長が必要と認めるもの

イ 指定更新

(ア) 指定自立支援医療機関指定更新申請書（薬局）（規則第 3 号様式の 3）

(イ) その他市長が必要と認めるもの

ウ 管理薬剤師の変更

(ア) 指定自立支援医療機関変更届出書（規則第 4 号様式）

(イ) 経歴書（管理薬剤師）（別紙 11）

(ウ) 薬剤師免許証の写し

(エ) その他市長が必要と認めるもの

エ ウ以外の変更

(ア) 指定自立支援医療機関変更届出書（規則第 4 号様式）

(イ) 変更内容に付帯する書類

オ 休止、廃止又は再開

指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開・処分）届出書（規則第 5 号様式）

カ 薬事法第 72 条第 4 項又は第 75 条第 1 項の規定による処分を受けたとき。

(ア) 指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開・処分）届出書（規則第 5 号様式）

(イ) 当該処分に関する通知書の写し

キ 辞退

指定自立支援医療機関辞退申出書（規則第 6 号様式）

(3) 訪問看護ステーション等の場合

ア 指定申請

(ア) 指定自立支援医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等）（規則第 3 号様式）

(イ) 訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数（別紙 13）

(ウ) 看護師免許証等の写し

(エ) その他市長が必要と認めるもの

イ 指定更新

指定自立支援医療機関指定更新申請書（指定訪問看護事業者等）（規則第 3 号様式の 4）

ウ 訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービスに従事する職員の定数に変更があったとき。

(ア) 指定自立支援医療機関変更届出書（規則第 4 号様式）

(イ) 訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数（別紙 13）

エ ウ以外の変更

(ア) 指定自立支援医療機関変更届出書（規則第 4 号様式）

(イ) 変更内容に付帯する書類

オ 休止、廃止又は再開

指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開・処分）届出書（規則第 5 号様式）

カ 健康保険法第 95 条又は介護保険法第 77 条第 1 項の規定による処分を受けたとき。

(ア) 指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開・処分）届出書（規則第 5 号様式）

(イ) 当該処分に関する通知書の写し

キ 辞退

指定自立支援医療機関辞退申出書（規則第 6 号様式）

## 8 申請、届出等の窓口

浜松市健康福祉部障害者更生相談所

附則

この要領は、平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

附則

この要領は、平成１９年４月１日から適用する。

附則

この要領は、平成２２年４月１日から適用する。

附則

この要領は、平成２４年４月１日から適用する。

附則

この要領は、平成２５年４月１日から適用する。

附則

この要領は、平成３０年１０月１日から適用する。

附則

この要領は、令和３年４月１日から適用する。

附則

この要領は、令和８年１月１日から適用する。

別表 1 (設備及び体制の基準)

担当しようとする医療	設備及び体制	
	共通	特に必要とされるもの
眼科に関する医療	<p>指定自立支援医療を行うため、担当しようとする医療の種類について、その診断及び治療を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されていること。</p> <p>また、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行えるスタッフについて体制が整備されていること。</p>	
耳鼻咽喉科に関する医療		
口腔に関する医療		
整形外科に関する医療		
形成外科に関する医療		
中枢神経に関する医療		
脳神経外科に関する医療		
心臓脈管外科に関する医療		<p>心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有していること。</p>
心臓移植に関する医療		<p>移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。</p> <p>なお、心臓移植術後の抗免疫療法を担当する医療機関にあっては、心臓移植術実施施設又は心臓移植術後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。</p>
腎臓に関する医療		<p>血液浄化療法に関する機器及び専用のスペースを有していること。</p>
腎移植に関する医療		<p>腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置(機器)を備えていること。</p>
小腸に関する医療		
肝臓移植に関する医療		<p>移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること又は「特掲診療科の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第63号)で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であること。</p> <p>なお、肝臓移植術後の抗免疫療法を担当する医療機関にあっては、肝臓移植術実施施設又は肝臓移植術後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。</p>

免疫に関する医療		各診療科医師の連携により総合的なH I V感染に関する診療の実施ができる体制及び設備であること。
歯科矯正に関する医療		
薬局	各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されていること。	<p>複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。</p> <p>なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。</p>
訪問看護事業者等		原則として現に育成医療又は更生医療の対象となる訪問看護等を行っており、適切な訪問看護等が行える事業所で、そのために必要な職員を配置していること。

別表 2 (医師又は歯科医師の要件)

担当しようとする医療	主として担当する医師又は歯科医師の要件	
	共通	特に必要とされるもの
眼科に関する医療	<p>1 当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。</p> <p>但し、歯科矯正に関する医療を主として担当する歯科医師にあつては、当該指定自立支援医療機関において、障害の治療に対する診療時間が十分に確保され、当該医師が不在の場合においても、当該指定自立支援医療機関の常勤歯科医師による応急的な治療体制が整備されている場合については、専任の歯科医師でも差し支えない。</p> <p>2 それぞれの医療の種類の専門科目につき、適切な医療機関(注)における研究、診療従事年数が医籍又は歯科医籍登録後から通算して5年以上あること。</p> <p>(注)適切な医療機関</p> <p>1 大学専門教室(大学院を含む。)</p> <p>2 医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院</p> <p>3 関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等</p>	
耳鼻咽喉科に関する医療		
口腔に関する医療		
整形外科に関する医療		
形成外科に関する医療		
中枢神経に関する医療		これまでの研究・診療経験と、育成医療又は更生医療で対象としている医療内容に関連性が認められるものであること。
脳神経外科に関する医療		
心臓脈管外科に関する医療		
心臓移植に関する医療		心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植経験者であること。 なお、心臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は心臓移植経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。
腎臓に関する医療		血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あること。
腎移植に関する医療		腎移植に関する臨床実績が3例以上あること。
小腸に関する医療		中心静脈栄養法について20例以上、経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有していること。

肝臓移植に関する医療	生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績が3例以上あること。 なお、肝臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。
免疫に関する医療	
歯科矯正に関する医療	これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ、5例以上の経験を有していること。

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者 (開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関指定 (変更) 申請書(病院・診療所)

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項の規定による指定自立支援医療機関の指定 (変更) を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項 (第1号から第3号まで及び第7項を除く。) の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険医療機関	名 称	(医療機関番号 )			
	所 在 地	〒			
	電 話 番 号				
代 表 者 (開設者)	住 所	〒			
	氏名又は名称				
	生 年 月 日	年 月 日	職名		
担 当 し よ う と す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類		育成医療 ・ 更生医療			
標 榜 し て い る 診 療 科 目 (担当する医療の種類に関係があるものに限る)					
担当しようとする医療の種類					
主として担当する医師又は 歯科医師の氏名及び経歴		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			
自立支援医療を行うための 入 院 設 備 の 定 員		人			

※申請内容のお問合せ先 (必ず記入)

申請者又は担当者名

電話

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関指定申請書(薬局)

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項の規定による指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7項を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険薬局	名 称	(医療機関番号 )			
	所 在 地	〒			
	電 話 番 号				
代 表 者 (開設者)	住 所	〒			
	氏名又は名称				
	生 年 月 日	年 月 日	職名		
担 当 し よ う と す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類		育成医療 ・ 更生医療			
薬 剤 師 の 氏 名			略歴	別紙11のとおり	
調剤のために必要な設備 及 び 施 設 の 概 要		別紙12のとおり			
処方せん を受けて いる主な 医療機関 (2箇所 記載)	1	名 称		割 合	%
		所 在 地			
	2	名 称		割 合	%
		所 在 地			

※申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は担当者名 電話

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所（所在地）

申請者

氏名（名称及び代表者氏名）

指定自立支援医療機関指定申請書(指定訪問看護事業者等)

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項の規定による指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7項を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

指 定 訪問看護 事業者等	名 称					
	主 たる 事務所の 所 在 地	〒				
	電話番号					
	代 表 者	住所	〒			
		氏名				
		生年 月 日	年 月 日	職名		
担当しようとする 自立支援医療の種類		育成医療 ・ 更生医療				
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン 等	名 称					
	所 在 地	〒				
	電話番号					
	職員の定数	別紙13のとおり				

※申請内容のお問合せ先（必ず記入）

申請者又は担当者名 電話

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関指定更新申請書(病院・診療所)

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60条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7項を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険医療機関	名 称	(医療機関番号 )			
	所 在 地	〒			
	電 話 番 号				
代 表 者 (開設者)	住 所	〒			
	氏名又は名称				
	生 年 月 日	年 月 日	職名		
標 榜 し て い る 診 療 科 目 (担当する医療の種類に関係があるものに限る)					
担当しようとする医療の種類					
主として担当する医師又は 歯 科 医 師 の 氏 名					
自立支援医療を行うために 必要な設備及び体制の変更の有無		有 ・ 無			
自立支援医療を行うための 入 院 設 備 の 定 員		人			

(備考) 「自立支援医療を行うために必要な設備及び体制」において、直近の指定申請又は変更届出から変更があった場合は、別紙2を添付してください。

※申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は担当者名 電話

第3号様式の3(第2条の2関係)

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関指定更新申請書(薬局)

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60条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7項を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険薬局	名 称	(医療機関番号 )		
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
代 表 者 (開設者)	住 所	〒		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日	年 月 日	職名	
薬 剤 師 の 氏 名				
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無		有 ・ 無		

(備考) 「調剤のために必要な設備及び施設」において、直近の指定申請又は変更届出から変更があった場合は、別紙1 2を添付してください。

※申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は担当者名 電話

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所（所在地）  
申請者  
氏名（名称及び代表者氏名）

指定自立支援医療機関指定更新申請書(指定訪問看護事業者等)

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60条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。  
また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7項を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

指 定 訪問看護 事業者等	名 称						
	主たる 事務所の 所 在 地	〒					
	電話番号						
	代 表 者	住所	〒				
		氏名					
		生年 月 日	年	月	日	職名	
訪問看護 ス テ ー シ ョ ン 等	名 称						
	所 在 地	〒					
	電話番号						
	職員の定数 の変更の有無	有 ・ 無					

(備考) 「訪問看護ステーション等の職員の定数」において、直近の指定申請又は変更届出から変更があった場合は、別紙 1 3 を添付してください。

※申請内容のお問合せ先（必ず記入）  
申請者又は担当者名 電話

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所(所在地)

届出者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関変更届出書

指定自立支援医療機関の指定に係る事項に変更があったので、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64条の規定により、次のとおり届け出ます。

記

指定自立支援 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
担当している医療の種類 (該当に○印)		育成医療 ・ 更生医療 ----- 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等
変 更 事 項		
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日		

※届出内容のお問合せ先(必ず記入)

届出者又は担当者名

電話

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

届出者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関( 休止・廃止・再開・処分 )届出書

・指定自立支援医療機関の業務を( 休止・廃止・再開 )したので、  
・医療法・健康保険法・介護保険法・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律による処分を受けたので、

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63条の規定により、次のとおり届け出ます。

記

指定自立支援 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
担当している医療の種類 (該当に○印)		育成医療 ・ 更生医療 ----- 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 の 別	
	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 年 月 日	
	休 止 ・ 廃 止 の 理 由	
	休 止 の 予 定 期 間	
処 分	処 分 を 受 け た 理 由	
	処 分 を 受 け た 根 拠 と な る 法 令	
	処 分 を 受 け た 年 月 日	

(注) 1 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「指定自立支援医療機関」を「訪問看護ステーション等」と読み替えてください。  
2 廃止・休止の場合は、あらかじめ1ヶ月以上の予告期間を設けてください。

※届出内容のお問合せ先(必ず記入)

届出者又は担当者名 電話

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申出者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関辞退申出書

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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令第40条の規定により、次のとおり申し出ます。

記

指定自立支援 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
担当している医療の種類 (該当に○印)	育成医療 ・ 更生医療 ----- 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等	
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日	
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日	
指 定 を 辞 退 す る 理 由		

※ 1ヶ月以上の予告期間を設けて指定を辞退することができます。

※届出内容のお問合せ先(必ず記入)

届出者又は担当者名 電話

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定書  
(病院又は診療所・薬局・訪問看護事業者等)

第 号  
年 月 日

(代表者) 様

浜松市長



年 月 日付けの申請について、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（以下「法」という。）第 5 9 条第 1 項の規定により、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）を担当する医療機関として、次の条件を付して次表のとおり指定します。

(指定の条件)

- 1 主として担当する医師、名称、所在地等法第 6 4 条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 6 3 条に規定される内容に変更があった場合には、速やかに届け出てください。
- 2 法第 6 0 条の規定に基づき、年 月 日までに指定の更新を受けてください。
- 3 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成 1 8 年厚生労働省告示第 6 5 号）により自立支援医療の適正な実施に努めてください。

指定医療機関	名 称	
	所在地	
担当する医療の種類 (病院・診療所のみ)		
主として担当する医師 (歯科医師) 又は薬剤師 の氏名		
指定年月日		年 月 日

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定更新書  
(病院又は診療所・薬局・訪問看護事業者等)

第 号  
年 月 日

(代表者) 様

浜松市長



年 月 日付けの申請について、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（以下「法」という。）第60条第1項の規定により、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）を担当する医療機関として、次の条件を付して次表のとおり指定の更新をします。

(指定の条件)

- 主として担当する医師、名称、所在地等法第64条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63条に規定される内容に変更があった場合には、速やかに届け出てください。
- 法第60条の規定に基づき、年 月 日までに指定の更新を受けてください。
- 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65号）により自立支援医療の適正な実施に努めてください。

指定医療機関	名 称	
	所在地	
担当する医療の種類 (病院・診療所のみ)		
主として担当する医師 (歯科医師)又は薬剤師 の氏名		
指定年月日		年 月 日

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)担当医療変更承認書

第 号  
年 月 日

(代表者) 様

浜松市長



年 月 日付けの申請について、その内容を審査した結果、担当する医療の種類を次表のとおり変更することについて、次の条件を付して承認します。

(承認の条件)

- 1 主として担当する医師、名称、所在地等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64条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63条に規定される内容に変更があった場合には、速やかに届け出てください。
- 2 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程(平成18年厚生労働省告示第65号)により自立支援医療の適正な実施に努めてください。

指定医療機関	名 称	
	所在地	
担当する医療の種類 (病院・診療所のみ)		
主として担当する医師 (歯科医師)又は薬剤師 の氏名		
承認年月日		年 月 日

## 別紙 1

## 主として担当する医師又は歯科医師の経歴書

学 位		フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
現 住 所					
関 係 学 会 加 入 状 況					
最 終 学 歴	年 月 卒業				
年 月 日	任 免 事 項		師事した指導者の氏名、学術論文又は学会に提出した論文名		
	医師免許取得 (医籍登録番号 号)				

(備考)

最終学歴から現在に至るまでを詳細に記載してください。

医師免許取得後、担当しようとする更生医療（育成医療）の種類に関して、研修した機関名（大学、病院等）、期間及び身分（医長、医員、講師、助手等）を記載してください。また、学位論文、又は学会に提出した論文で担当しようとする更生医療（育成医療）の種類に関連するものうち、その主なものについて、師事した指導者の氏名、論文名及び提出年月日を記載してください。

別紙2

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				

(備考)

- 1 担当しようとする医療の種類に必要とされているものについて記載してください。特に必要とされているものについては、必ず記載してください。
- 2 設備の設置場所がわかるように見取図又は平面図を添付してください。

別紙 3

研究内容に関する証明書

医療機関名

医 師 氏 名

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自	年	月	日	}	月間 (1 週	日	時間)
至	年	月	日				

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自	年	月	日	}	月間 (1 週	日	時間)
至	年	月	日				

3 その他研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

大学名

氏 名

別紙 4

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

医 師 氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自            年    月    日

至            年    月    日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期                      間	患者数	回    数	医   療   機   関   名   等
年    月    ～    年    月	人	回	
年    月    ～    年    月	人	回	
年    月    ～    年    月	人	回	
年    月    ～    年    月	人	回	
年    月    ～    年    月	人	回	

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有            (            年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明します。

年            月            日

医療機関名

氏            名

## 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名

医師氏名

## 1 主たる担当医師の中心静脈栄養法の症例数

医療機関名	期 間	中心静脈栄養法症例数		備 考
			うち在宅中心静脈 栄養法の症例数	
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			

## 2 主たる担当医師の経腸栄養法の症例数

医療機関名	期 間	経腸栄養法症例数	備 考
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

氏 名

別紙 6

主として担当する医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

医療機関名

医 師 氏 名

1 心臓移植後の抗免疫療法の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

2 心臓移植術の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

氏 名

別紙 7

連携機関の医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

1 連携機関の医師

連携する 医療機関			連携する 医師氏名		
連携する医師の経歴書	年月日			学位	
年月日	任免事項	師事した指導者名	学位論文名又は学会論文名		

2 心臓移植術の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

3 心臓移植後の抗免疫療法の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

氏 名

別紙 8

主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

医療機関名

医 師 氏 名

1 肝臓移植後の抗免疫療法の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

2 肝臓移植術の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

氏 名

## 連携機関の医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

## 1 連携機関の医師

連携する 医療機関			連携する 医師氏名		
連携する医師の経歴書	年月日			学位	
年月日	任免事項	師事した指導者名	学位論文名又は学会論文名		

## 2 肝臓移植術の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

## 3 肝臓移植後の抗免疫療法の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

氏 名

## 経 歴 書 (管 理 薬 剤 師)

学位取得 年 月 日	年 月 日	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
現 住 所					
最 終 学 歴		年 月 卒業			
主たる職歴	年 月 日		職 歴		

(備考)

- 「学位」欄には、専門科目に関する学位について取得の年月日を記入してください。
- 「最終学歴」欄には、学校名及び学部・学科名を正確に記入してください。
- 「主たる職歴欄」には、「最終学歴」から現在までの職歴を年月日とともにできる限り詳細に記入してください。なお、その際には、勤務先における身分（例えば管理薬剤師等）についても明確に記入してください。
- 薬剤師免許の写し、研修認定薬剤師証の写しを添付してください。

## 他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての経験実績

期 間	他の指定自立支援医療機関名	所 在 地
～		
～		

(備考) 経験実績は、新規開局する保険薬局のみ記入してください。

調剤のために必要な設備・施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積		m <sup>2</sup>
主たる設備	品目	数量	品目	数量

- (備考)
- 1 薬局の見取図、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていることが確認できる写真及び図面を添付してください。
  - 2 「主たる設備」の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げるもの以外のものがある場合のみ、その主たるものについて記入してください。

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定  
老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4  
項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

申請者（法人）名（ ）

職 種	定 数
	人
	人
	人
	人

（備考） 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載してください。

心臓移植症例申立書

1 心臓移植症例数等

(1) 心臓移植臨床従事期間

自            年        月  
至            年        月        (計        年        か月)

(2) 心臓移植症例数            件

2 心臓移植症例

移植実施医療機関名	
初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
治療方針	
治療経過	

上記に相違ありません。

年    月    日

医療機関名

医 師 氏 名

## 腎移植症例申立書

## 1 腎移植症例数等

## (1) 腎移植臨床従事期間

自            年        月  
至            年        月    (計        年        か月)

## (2) 腎移植症例数            件

## 2 腎移植症例 (直近 3 症例)

症 例 ①	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ②	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ③	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	治療方針	
	治療経過	

上記に相違ありません。

年    月    日

医療機関名

医 師 氏 名

## 肝臓移植症例申立書

## 1 肝臓移植症例数等

## (1) 肝臓移植臨床従事期間

自            年        月  
至            年        月        (計        年        か月)

## (2) 肝臓移植症例数            件

## 2 肝臓移植症例 (直近 3 症例)

症 例 ①	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ②	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ③	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	治療方針	
	治療経過	

上記に相違ありません。

年    月    日

医療機関名

医 師 氏 名

## 歯科矯正症例申立書

## 1 歯科矯正症例数等

## (1) 歯科矯正臨床従事期間

自            年        月  
至            年        月        (計        年        か月)

## (2) 歯科矯正症例数            件

## 2 歯科矯正症例 (直近 5 症例)

症 例 ①	実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ②	実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ③	実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年    月    日 (    歳)
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	

症 例 ④	実施医療機関名	
	初診日（初診時年齢）	年 月 日（ 歳）
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ⑤	実施医療機関名	
	初診日（初診時年齢）	年 月 日（ 歳）
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	

上記に相違ありません。

年 月 日

医療機関名

歯科医師氏名

別紙 2 4

※研修認定薬剤師未取得のとき

年 月 日

(あて先) 浜松市長

## 承諾書

指定自立支援医療機関（育成・更生医療）薬局の指定について

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 項の規定による指定自立支援医療機関の指定において、又は同法律第 64 条の規定による指定自立支援医療機関の変更において、下記の内容について承諾します。

### 記

- 1 今後、管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師について最低 1 名は、研修認定薬剤師（原則、日本薬剤師研修センター認定）を取得することに努めます。
- 2 自立支援医療機関の更新申請時に研修認定薬剤師証（原則、日本薬剤師研修センター認定）の写しを添付します。（管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師）
- 3 上記 1 及び 2 について遵守できなかった場合は、指定自立支援医療機関（育成・更生医療）を辞退し、既に自立支援医療（育成・更生医療）を受けている患者に対しては不利益が生じないように配慮します。

医療機関名

代表者氏名

## 誓約事項

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（以下「障害者総合支援法」という。）第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）の規定関係

### 1 第4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5号関係

申請者が、障害者総合支援法その他の法律（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、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医療機器等の品質、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）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6号関係

申請者が、障害者総合支援法の規定により指定自立支援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8号関係

申請者が、障害者総合支援法の規定により指定自立支援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自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（事業の廃止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9号関係

申請者が障害者総合支援法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自立支援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10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援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8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（事業の廃止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（当該事業の廃止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11号関係

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

### 8 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

### 9 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。