

確 認 書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

住 所：
指定医療機関名：
医療機関コード：
開 設 者 名：
医療機関連絡先：

本 診療所 ・ 薬局 は、難病の患者に対する医療等に関する法律第 15 条第 2 項の規定に該当します。

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します。

<注意事項>

この書類は以下の診療所・薬局のみが提出する書類です。

1 診療所の場合：以下の 2 点を満たす診療所

- ① 保険医である医師若しくは歯科医師の開設する診療所である保険医療機関。
- ② 指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である保険医及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である保険医のみが診療に従事しているもの。

2 薬局の場合：以下の 2 点を満たす薬局

- ① 保険薬剤師である薬剤師の開設する保険薬局。
- ② 指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である保険薬剤師のみが調剤に従事しているもの。

※病院、法人化している診療所、会社が経営している薬局、訪問看護ステーションは該当しません。

※「指定医療機関指定通知書（第 2 号様式）」の写し又は「保険医療機関指定通知書」もしくは「保険薬局指定通知書」の写しを添付すること。