

## 指定医療機関更新申請書

記入例（個人開設の場合）

|                                                                                                          |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|---------------|--|
| <b>全ての項目を記入してください。</b><br>※ただし、「標榜している診療科名」は、病院・診療所のみ記入をしてください。                                          |  | 病院                       |  | 診療所                                 |  | <b>薬局</b>                                                                    |  | 指定訪問看護事業者等                   |  |               |  |
|                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> |  | 〇〇〇〇やつきょく                           |  | <b>医療機関ごとに申請が必要です。</b>                                                       |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> |  | 〇〇薬局                                |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> |  | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>名古屋市〇〇区〇〇              |  | <b>「コード」欄の3桁目は、医科は「1」、歯科は「3」、「薬局」は「4」、訪問看護事業所は「6」、介護医療院の場合は「B」を記入してください。</b> |  |                              |  |               |  |
| 薬局<br>訪問看護事業者等                                                                                           |  | 電話番号                     |  | <input type="checkbox"/>            |  |                                                                              |  |                              |  | 052-〇〇〇-〇〇    |  |
|                                                                                                          |  | コード（※1）                  |  | <input type="checkbox"/>            |  |                                                                              |  |                              |  | 2   3   4   1 |  |
| <b>直近の指定申請（変更届含む）から変更がある事項は、□にレ印を付し、変更後の内容を記入してください。</b>                                                 |  | 氏名                       |  | <input type="checkbox"/>            |  | 名古屋 太郎                                                                       |  | <b>開設者の方の住所・氏名を記入してください。</b> |  |               |  |
|                                                                                                          |  | 所在地                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>名古屋市△△区△△                                                       |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  | 氏名（記載）                   |  | <input type="checkbox"/>            |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
| 役員の氏名及び職名<br>（開設者が法人の場合のみ記載）<br><br>（※2）                                                                 |  | <input type="checkbox"/> |  | 氏名                                  |  | 職名                                                                           |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
|                                                                                                          |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
| 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項の規定により指定医療機関の指定更新を申請します。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。 |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
| 令和7年6月3日                                                                                                 |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
| 開設者 住所（法人の場合は所在地）<br>名古屋市△△区△△                                                                           |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
| 氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）<br>名古屋 太郎                                                                            |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |
| （宛先）名古屋市長                                                                                                |  |                          |  |                                     |  |                                                                              |  |                              |  |               |  |

※ 全ての項目を記載し、直近の指定申請（変更届含む）から変更がある事項の□の中にレ印を付してください。

※1 病院又は診療所は医療機関コード（医科は231、歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）、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（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載してください。

※2 記載欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載し、別紙又は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、拘禁刑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、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、臨床研究法）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者のあるもの。

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。

(別紙)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]