

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

医療機関等種別	<input type="checkbox"/> 病院（医科） <input type="checkbox"/> 病院（歯科）	<input type="checkbox"/> 診療所（医科） <input type="checkbox"/> 診療所（歯科）	<input checked="" type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業者
医療機関コード		234XXXXXXX	
保険医療機関等	ふりがな	びよかやっきょく なかてん	
	名称	びよか薬局 中店	
	所在地	〒4XX-XXXX 名古屋市中区三の丸三丁目●番○号	
	電話番号	052-XXX-XXXX	
開設者・指定訪問看護事業者等	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
	住所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)	〒4XX-XXXX 名古屋市中区三の丸三丁目○番●号	
	氏名又は名称	株式会社びよか薬局 代表取締役 名古屋 一郎	
	代表者住所 (訪問看護事業者のみ記載)	〒	記載不要です。
氏名			
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)			
役員の氏名及び職務名 (開設者が法人の場合のみ記載) (※注1)	氏名		職名
	名古屋 一郎		代表取締役
	名古屋 花子		取締役
	名古屋 二郎		取締役
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。 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。			
令和4年 1月 15日			
開設者 住所（法人にあっては所在地） 〒4XX-XXXX 名古屋市中区三の丸三丁目○番●号			
氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名） 株式会社びよか薬局 代表取締役 名古屋 一郎			
(宛先) 名古屋市長			

該当する項目に、  
☑をご記入ください

忘れずにご記入ください  
薬局：234・・・  
「名称」「医療機関コード」は、「医療機関指定通知書」に記載されている名称・コードをご記入ください。  
(保険医療機関指定通知書が見当たらない場合、東海北陸厚生局のホームページで確認することができます。)

記載不要です。

裏面（2ページ目）の内容をご確認ください。

誓約内容を確認し、指定申請書を提出(投函)する日をご記入ください。

・申請者＝開設者となります。  
・申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入してください。  
・申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入してください。

名古屋市長あての様式  
ご確認ください。

※注1：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すること。

申請内容について、確認をさせていただく場合があります。

●この申請に関する担当者名及び連絡先

担当者名： ○木 ■子

電話番号： 052-XXX-XXXX

(誓約項目)

児童福祉法第 19 条の 9 第 2 項に該当しないことを誓約すること。

(児童福祉法第 19 条の 9 第 2 項)

都道府県知事は、次のいずれかに該当するときは、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしてはならないものとする。

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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を取り消され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となっ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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 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。
- 10 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。