

第6号様式 (第5条関係)

(その1)

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書 (病院・診療所)

保険医療機関	名称	医療法人 ○○会 ○○診療所	
	所在地	〒634-○○○○ 橿原市○○町○○	
	電話番号	電話：0744-22-×××× FAX：0744-22-××××	
	医療機関コード	○○○,○○○,○	
開設者	住所	橿原市○○町○○	開設者が法人の場合、法人の住所を記載してください。
	氏名又は名称	医療法人 ○○会	
開業年月日	令和○年○月○日	開業(予定)日を記載してください。	
標榜している診療科名	小児科、内科		
役員 の 氏 名 及 び 職 名	(別紙)		
<p>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として指定されたく申請する。 また、児童福祉法第19条の9第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>令和 ○年 ○月○○日</p> <p>申請書裏面の誓約項目をご確認ください。</p>			
所在地が奈良市内の医療機関の場合、申請先は「奈良市」になります。	開設者 住所 氏名又は名称	橿原市○○町○○ 医療法人 ○○会 理事長 奈良 一朗	
奈良県知事 殿			

(誓約項目)

児童福祉法第19条の9第2項各号に該当しないことを誓約すること。

児童福祉法（抜粋）

第19条の9第2項 都道府県知事は、前項の申請があった場合において、次の各号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。

- 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の理由となつ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。

(別紙)

役員名簿

申請者（法人）名（ ）

役職	氏名	生年月日	住所
理事長	奈良 一郎	昭和○年○月○日	○○市○○町○○
理事	奈良 二郎	昭和○年○月○日	○○市○○町○○
理事	奈良 三郎	昭和○年○月○日	○○市○○町○○
	法人の役員全員について記載してください。 ※申請者が法人でない場合は添付不要です。		