

## 指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（新規）

保険医療機関等	区分 (該当を囲む)	病院・診療所 薬局 指定訪問看護事業者		
	名称 (フリガナ)	〇〇法人〇〇会 〇〇〇〇病院		
	所在地	〒371-8570 群馬県〇〇市〇〇町△丁目△番△号		
	電話番号	△△△-△△△-△△△△		
	メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇@〇〇 (制度改正などの重要情報をお知らせします)		
開設者 (代表者)	コード※1	△△△	△△△△△△△△	
	住所	〒371-8570 群馬県〇〇市〇〇町△丁目△番△号		
	氏名	〇〇 〇〇		
指定通知の 希望送付先	職名又は名称	院長		
	I 医療機関等所在地 II 開設者住所 (どちらかの英数字を囲む)	宛名	I	
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)	〇〇〇〇科	関東信越厚生局等から指定された7桁の医療機関コードを記載。申請中等でわからない場合は空欄のまま。医療機関コードが指定され次第、連絡してください。		
役員の職名および氏名※2	職名	氏名		
	院長	〇〇 〇〇		
	看護師	〇〇 〇〇		
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。				
群馬県知事 あて				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				
開設者・事業所代表者				
住所（法人については所在地） 群馬県〇〇市〇〇町△丁目△番△号				
氏名（法人：名称及び代表者名） 〇〇法人〇〇会 〇〇〇〇病院				
院長 〇〇 〇〇				
押印は不要です				

病院・診療所  
101を記載  
薬局  
104を記載  
訪問看護  
106を記載

※1 病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は、訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。

※2 記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、役員名簿を添付してください。

【誓約項目】

児童福祉法第19条の9第2項各号の規定のいずれにも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、前項の申請があつた場合において、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。

- 一 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。
- 二 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。
- 三 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。
- 四 申請者が、第十九条の十八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、その取消の日から起算して五年を経過しない者（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（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十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の日から起算して五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、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消の日から起算して五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のうち当該取消しの処分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。
- 五 申請者が、第十九条の十八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十五条の規定による通知があつた日（第七号において「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間に第十九条の十五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五年を経過しないものであるとき。
- 六 申請者が、第十九条の十六第一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十九条の十八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十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。）までの間に第十九条の十五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五年を経過しないものであるとき。
- 七 第五号に規定する期間内に第十九条の十五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、通知日前六十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五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、前項の申請前五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。
- 九 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。
- 十 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。