

## 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 指定申請書類（指定訪問看護事業者等用）

- ① 指定自立支援医療機関指定申請書（様式第49号）
- ② 訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービスに従事する職員の定数（別紙18）
- ③ 指定訪問看護事業者の指定通知証等の写し
- ④ 登記簿謄本の写し（申請者が法人の場合のみ）

### ※指定について

審査の上、不備がなければ申請から1ヶ月ほどで指定の決定がされます。  
指定年月日は指定が決定した日の属する月の翌月の初日となります。

### 【問い合わせ・送付先】

〒420-0846

静岡市葵区城東町24-1

静岡市地域リハビリテーション推進センター

電話 054-249-3182

FAX 054-209-0103

## 様式第 49 号（誓約項目）

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第 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項各号（第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く）に該当しないことを誓約すること。

### 1 第 4 号関係

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った日を経過していない。

### 2 第 5 号関係

申請者が、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、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法）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 5 号の 2 関係

申請者が、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、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。

### 4 第 6 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援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。

### 5 第 8 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援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自立支援医療機関の指定を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 9 号関係

申請者が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自立支援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。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援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8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。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

様式第 49 号 (第 42 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書  
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者 訪問看護事業者 指定介護予防サービス 事業者	名 称		
	主たる事務所の 所 在 地		
	代 表 者	住 所	
		氏 名	
		生 年 月 日	
	職 名		
訪問看護 ステーション等	名 称		
	所 在 地	〒 _____ 電話 ( ) _____	
	指定訪問看護 ステーションコード		
	職員の定数	(別紙 18)	
<p>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第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定を受けたいので上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項 (第1号から第3号まで及び第7号を除く。) の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 (健保・老人・介護保険) 指定介護予防サービス事業者 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>			

(注)

- 1 名称欄は、それぞれ、必ず正式名称を記載してください。
- 2 様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。
- 3 申請者について、指定居宅サービス事業者・訪問看護事業者 (健保・老人・介護保険)・指定介護予防サービス事業者の別に該当する種別に○をつけてください。

※連絡先 (必ず記入してください) Tel \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

(別紙18)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス  
(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

訪問看護ステーション等の名称	
職 種	定 数

(注) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種毎に記載してください。

# 記入例

育成医療、更生医療のどちらか一方の指定を希望しない場合は、その医療を二重線で消去してください。

様式第 49 号 (第 42 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書  
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者 訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名称	〇〇協同組合連合会		
	主たる事務所の所在地	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号		
	代表者	住所	静岡市〇〇区〇〇町△△一△	
		氏名	清水 太郎	
		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	職名	代表取締役		
訪問看護 ステーション等	名称	訪問看護ステーション〇〇〇〇		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号 電話 (054) 123-4567		
	指定訪問看護ステーションコード	1 2 3 4 5 6 7 8 9		
	職員の定数	(別紙 1 8)		
<p>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第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定を受けたいので上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項 (第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。) の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者(健保・老人・介護保険) 指定介護予防サービス事業者 所在地 静岡市〇〇区南〇〇町〇番〇号 名称 〇〇協同組合連合会 清水 太郎</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>				

(注)

- 1 名称欄は、それぞれ、必ず正式名称を記載してください。
- 2 様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。
- 3 申請者について、指定居宅サービス事業者・訪問看護事業者 (健保・老人・介護保険)・指定介護予防サービス事業者の別に該当する種別に○をつけてください。

※連絡先 (必ず記入してください) Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 担当者 〇〇 〇〇

(別紙 1 8)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス

(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

訪問看護ステーション等の名称	訪問看護ステーション〇〇〇〇
職 種	定 数
看護師	5名 (専従4名、兼務1名)
理学療法士	4名 (専従1名、兼務3名)
作業療法士	2名 (兼務2名)
	<p>※実績(開設時～現在)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・6歳男児 脳性マヒ 訪問開始日 H〇年～現在 訪問回数 2回/週 医療ケア 気管カニューレ</li> <li>・2歳女児 痙性四肢麻痺</li> </ul>

実績については  
3例以上記載し  
て下さい。

(注) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種毎に記載してください。