

山梨県指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領 新旧対照表

新	旧																																																																																				
<p>第8号様式（第3条関係）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>山梨県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">開設者 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">T E L</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書 （病院・診療所）</p> <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（変更）されたく申請します。</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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">保険医療機関</td> <td style="width: 15%;">名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>〒</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">開 設 者</td> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名又は名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td></td> <td>職 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">標ぼうしている診療科目</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">担当しようとする医療の種類</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">主として担当する医師又は歯科医師の経歴</td> <td style="width: 10%;">別紙1</td> <td style="width: 30%;">自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要</td> <td style="width: 10%;">別紙2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">自立支援医療を行うための入院設備の定員</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">人</td> </tr> </table> <p>※健康保険法による保険医療機関指定通知書の写しを添付すること。</p>	保険医療機関	名 称				所 在 地	〒			開 設 者	住 所				氏名又は名称				生 年 月 日		職 名		標ぼうしている診療科目					担当しようとする医療の種類					主として担当する医師又は歯科医師の経歴		別紙1	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	別紙2	自立支援医療を行うための入院設備の定員		人			<p>第8号様式（第3条関係）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>山梨県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">開設者 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">T E L</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書 （病院・診療所）</p> <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（変更）されたく申請します。</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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">保険医療機関</td> <td style="width: 15%;">名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>〒</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">開 設 者</td> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名又は名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td></td> <td>職 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">標ぼうしている診療科目</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">担当しようとする医療の種類</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">主として担当する医師又は歯科医師の経歴</td> <td style="width: 10%;">別紙1</td> <td style="width: 30%;">自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要</td> <td style="width: 10%;">別紙2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">自立支援医療を行うための入院設備の定員</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">人</td> </tr> </table> <p>※健康保険法による保険医療機関指定通知書の写しを添付すること。</p>	保険医療機関	名 称				所 在 地	〒			開 設 者	住 所				氏名又は名称				生 年 月 日		職 名		標ぼうしている診療科目					担当しようとする医療の種類					主として担当する医師又は歯科医師の経歴		別紙1	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	別紙2	自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
保険医療機関		名 称																																																																																			
	所 在 地	〒																																																																																			
開 設 者	住 所																																																																																				
	氏名又は名称																																																																																				
	生 年 月 日		職 名																																																																																		
標ぼうしている診療科目																																																																																					
担当しようとする医療の種類																																																																																					
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		別紙1	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	別紙2																																																																																	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人																																																																																			
保険医療機関	名 称																																																																																				
	所 在 地	〒																																																																																			
開 設 者	住 所																																																																																				
	氏名又は名称																																																																																				
	生 年 月 日		職 名																																																																																		
標ぼうしている診療科目																																																																																					
担当しようとする医療の種類																																																																																					
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		別紙1	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	別紙2																																																																																	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人																																																																																			

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名	—	生年月日	
現住所					
関係学会 加入状況					
年月日	任免事項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名	印	生年月日	
現住所					
関係学会 加入状況					
年月日	任免事項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名

氏名

—

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 年 月 日

月間 (1週 日 時間)

至 年 月 日

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

月間 (1週 日 時間)

至 年 月 日

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏名

—

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名

氏名

印

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 年 月 日

月間 (1週 日 時間)

至 年 月 日

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

月間 (1週 日 時間)

至 年 月 日

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏名

印

(別紙4)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

—

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 (年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

—

(別紙4)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

印

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 (年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(別紙5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年月日 年月日	中心静脈栄養法	
〇〇病院	～	()	
〇〇病院	～	()	
〇〇病院	～	()	
	年月日 年月日	経腸栄養法	
〇〇病院	～		
〇〇病院	～		
〇〇病院	～		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
 - 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上ものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

(別紙5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年月日 年月日	中心静脈栄養法	
〇〇病院	～	()	
〇〇病院	～	()	
〇〇病院	～	()	
	年月日 年月日	経腸栄養法	
〇〇病院	～		
〇〇病院	～		
〇〇病院	～		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

印

(記載要領)

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
 - 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上ものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

(別紙6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 ～ 年 月		病院	
年 月 ～ 年 月		HP	(国名)
年 月 ～ 年 月		心臓移植術 病院	
年 月 ～ 年 月		HP	(国名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

(別紙6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 ～ 年 月		病院	
年 月 ～ 年 月		HP	(国名)
年 月 ～ 年 月		心臓移植術 病院	
年 月 ～ 年 月		HP	(国名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

印

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

(別紙7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する医療機関名		連携する医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国名)
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	(国名)
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年月日	任免事項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する医療機関名		連携する医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国名)
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	(国名)
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年月日	任免事項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

印

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙 8)

腎移植に関する臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

期 間	実施症例数	実施医療機関名等
年 月 ~ 年 月	回	
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

—

(別紙 8)

腎移植に関する臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

期 間	実施症例数	実施医療機関名等
年 月 ~ 年 月	回	
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP (国名)	
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国名)	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP (国名)	
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国名)	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

(別紙10)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する医療機関名	連携する医師名	期間	症例数	実施医療機関名等	備考
		年 月～年 月 年 月～年 月 年 月～年 月		肝臓移植術 病院 病院 HP (国名)	
		年 月～年 月 年 月～年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 HP (国名)	
連携する医師の経歴書		生年月日		学位	
年月日	任免事項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名			

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙10)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する医療機関名	連携する医師名	期間	症例数	実施医療機関名等	備考
		年 月～年 月 年 月～年 月 年 月～年 月		肝臓移植術 病院 病院 HP (国名)	
		年 月～年 月 年 月～年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 HP (国名)	
連携する医師の経歴書		生年月日		学位	
年月日	任免事項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名			

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

第10号様式（第3条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住 所
開設者 氏名又は名称
T E L

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書（薬局）

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）として指定されたく申請します。

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。

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	〒	TEL	
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名			経 歴	別紙1
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			別紙2	

※健康保険法による保険医療機関指定通知書と薬剤師免許証の写しを添付すること。

第10号様式（第3条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住 所
開設者 氏名又は名称
T E L 印

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書（薬局）

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）として指定されたく申請します。

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。

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	〒	TEL	
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名			経 歴	別紙1
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			別紙2	

※健康保険法による保険医療機関指定通知書と薬剤師免許証の写しを添付すること。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名	—	生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主たる職歴					

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名	印	生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主たる職歴					

第12号様式（第3条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者

〒

所在地

名 称

代表者氏名

TEL

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）

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）として指定されたく申請します。

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）の規定のいづれにも該当しないことを誓約します。

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名称		
	主たる事業所の所在地		
	代 表 者	住所	
		氏名	
		生年月日	
職名			
指定訪問看護ステーション等	名称		
	所在地	〒 TEL	
	職員の定数	別紙	

※指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者の指定に係る指令書の写しを添付すること。

第12号様式（第3条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者

〒

所在地

名 称

代表者氏名

TEL

印

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）

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）として指定されたく申請します。

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）の規定のいづれにも該当しないことを誓約します。

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名称		
	主たる事業所の所在地		
	代 表 者	住所	
		氏名	
		生年月日	
職名			
指定訪問看護ステーション等	名称		
	所在地	〒 TEL	
	職員の定数	別紙	

※指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者の指定に係る指令書の写しを添付すること。

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住所
開設者 氏名又は名称 _____
TEL _____

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に基づく自立支援医療
（育成医療・更生医療）の指定医療機関変更届出書（病院・診療所・薬局）

このことについて、次のとおり変更が生じたので、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64条の規定により届け出ます。

変更年月日	年 月 日	医療機関名
変更内容	（ ） 病院、診療所又は薬局の名称及び所在地	
	（ ） 開設者の住所、氏名又は名称、生年月日及び職名	
	（ ） 保険医療機関又は保険薬局である旨	
	（ ） 標ぼうしている診療科名（担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものに限る。）	
	（ ） 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴	
	（ ） 指定自立支援医療又は調剤を行うために必要な設備の概要	
	（ ） 診療所にあつては、患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員	
	（ ） その他	
変更前		
変更後		

- 「変更内容」欄は、該当する箇所の（ ）内に○印を記入すること。
- 「変更前」及び「変更後」欄は、「変更内容」欄に○印を記入した内容について記載すること。
- 変更に伴う関係資料を添付すること。なお、直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住所
開設者 氏名又は名称 _____
TEL _____

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に基づく自立支援医療
（育成医療・更生医療）の指定医療機関変更届出書（病院・診療所・薬局）

このことについて、次のとおり変更が生じたので、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64条の規定により届け出ます。

変更年月日	年 月 日	医療機関名
変更内容	（ ） 病院、診療所又は薬局の名称及び所在地	
	（ ） 開設者の住所、氏名又は名称、生年月日及び職名	
	（ ） 保険医療機関又は保険薬局である旨	
	（ ） 標ぼうしている診療科名（担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものに限る。）	
	（ ） 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴	
	（ ） 指定自立支援医療又は調剤を行うために必要な設備の概要	
	（ ） 診療所にあつては、患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員	
	（ ） その他	
変更前		
変更後		

- 「変更内容」欄は、該当する箇所の（ ）内に○印を記入すること。
- 「変更前」及び「変更後」欄は、「変更内容」欄に○印を記入した内容について記載すること。
- 変更に伴う関係資料を添付すること。なお、直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

第3号様式（第2条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者

〒

所在地

名称

代表者氏名

TEL

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に基づく自立支援医療
（育成医療・更生医療）の指定医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者等）

このことについて、次のとおり変更が生じたので、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64条の規定により届け出ます。

変更年月日	年 月 日	医療機関名	
変更内容	（ ） 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地		
	（ ） 代表者の住所、氏名、生年月日及び職名		
	（ ） 訪問看護ステーション等の名称及び所在地		
	（ ） 指定訪問看護事業者等である旨		
	（ ） 訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービス及び指定介護予防サービスに従事する職員の定数		
	（ ） その他		
変更前			
変更後			

- 「変更内容」欄は、該当する箇所の（ ）内に○印を記入すること。
- 「変更前」及び「変更後」欄は、「変更内容」欄に○印を記入した内容について記載すること。
- 変更に伴う関係資料を添付すること。なお、直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

第3号様式（第2条関係）

年 月 日

山梨県知事 殿

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者

〒

所在地

名称

代表者氏名

TEL

印

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に基づく自立支援医療
（育成医療・更生医療）の指定医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者等）

このことについて、次のとおり変更が生じたので、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64条の規定により届け出ます。

変更年月日	年 月 日	医療機関名	
変更内容	（ ） 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地		
	（ ） 代表者の住所、氏名、生年月日及び職名		
	（ ） 訪問看護ステーション等の名称及び所在地		
	（ ） 指定訪問看護事業者等である旨		
	（ ） 訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービス及び指定介護予防サービスに従事する職員の定数		
	（ ） その他		
変更前			
変更後			

- 「変更内容」欄は、該当する箇所の（ ）内に○印を記入すること。
- 「変更前」及び「変更後」欄は、「変更内容」欄に○印を記入した内容について記載すること。
- 変更に伴う関係資料を添付すること。なお、直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

第16号様式

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住所
開設者 氏名又は名称
TEL

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書
（病院・診療所）

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60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）として指定を更新されたく申請します。
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。

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標ぼうしている診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名		自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の 変更の有無	有 ・ 無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		

※ 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

第16号様式

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住所
開設者 氏名又は名称
TEL

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書
（病院・診療所）

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60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）として指定を更新されたく申請します。
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。

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標ぼうしている診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名		自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の 変更の有無	有 ・ 無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		

※ 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

第18号様式

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住所
開設者 氏名又は名称
TEL

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書（薬局）

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60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）として指定を更新されたく申請します。
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。

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	〒	TEL	
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名				
調剤のために必要な設備及び施設の変更有無		有 ・ 無		

※ 「調剤のために必要な設備及び施設の変更有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

第18号様式

年 月 日

山梨県知事 殿

〒
住所
開設者 氏名又は名称
TEL 印

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書（薬局）

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60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）として指定を更新されたく申請します。
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。

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	〒	TEL	
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名				
調剤のために必要な設備及び施設の変更有無		有 ・ 無		

※ 「調剤のために必要な設備及び施設の変更有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

第20号様式

年 月 日

山梨県知事 殿

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者
〒
所在地
名称
代表者氏名
TEL

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

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60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）として指定を更新されたく申請します。

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。

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名称		
	主たる事業所の所在地		
	代表者	住所	
		氏名	
		生年月日	
職名			
指定訪問看護ステーション等	名称		
	所在地	〒 TEL	
	職員の定数の変更の有無	有 ・ 無	

※ 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

第20号様式

年 月 日

山梨県知事 殿

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
指定介護予防サービス事業者
〒
所在地
名称
代表者氏名
TEL

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

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60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）として指定を更新されたく申請します。

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。

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名称		
	主たる事業所の所在地		
	代表者	住所	
		氏名	
		生年月日	
職名			
指定訪問看護ステーション等	名称		
	所在地	〒 TEL	
	職員の定数の変更の有無	有 ・ 無	

※ 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

(第14号様式)

年 月 日

山梨県知事 殿

住所
医療機関
の開設者
氏名

—

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施行規則第63条の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る届出書

このことについて、法施行規則第63条の規定により、次のとおり申し出ます。

1、届出の内容

2、届出の原因が生じた日

※ 届出の原因となった事項について、届出の具体的な内容、当該届出の原因が生じた日付を記載すること。

(第14号様式)

年 月 日

山梨県知事 殿

住所
医療機関
の開設者
氏名

(印)

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施行規則第63条の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る届出書

このことについて、法施行規則第63条の規定により、次のとおり申し出ます。

1、届出の内容

2、届出の原因が生じた日

※ 届出の原因となった事項について、届出の具体的な内容、当該届出の原因が生じた日付を記載すること。

(第15号様式)

年 月 日

山梨県知事 殿

住所
医療機関
の開設者
氏名 _____

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65条の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る辞退申出書

このことについて、同法第65条、法施行令第40条、法施行規則第64条の規定により、次のとおり申し上げます。

指定医療機関 の名称	所在地	担当する 医療の種類	主として担当する 医師の氏名	辞退年月日

(第15号様式)

年 月 日

山梨県知事 殿

住所
医療機関
の開設者
氏名 (印)

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65条の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る辞退申出書

このことについて、同法第65条、法施行令第40条、法施行規則第64条の規定により、次のとおり申し上げます。

指定医療機関 の名称	所在地	担当する 医療の種類	主として担当する 医師の氏名	辞退年月日