

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（更新）の作成について

更新の指定申請書を作成される際は「記入例」シートをご覧ください、以下の点にご注意ください。
なお、申請書の各項目については、正確に記入してください。

※申請先

医療機関の所在地によって申請先が異なりますので、ご注意ください。

- ・さいたま市、川越市、越谷市、川口市内の医療機関 … 申請先は「医療機関が所在する市」
- ・上記4市以外の埼玉県内の医療機関 … 申請先は「埼玉県」

※手続きに関するお問い合わせについては、各申請先へお願いいたします。

※医療機関コードが変更されている場合

医療機関コードが変更されている場合は、「更新申請」ではなく、「旧コードでの辞退申出」と「新コードでの新規申請」の手続きとなります。

※誓約項目

指定小児慢性特定疾病医療機関の指定申請は、児童福祉法第19条の9第2項に該当しないことが条件になります。「誓約項目」シートをご一読いただき、該当しないことをご確認ください。

なお、誓約項目については、申請書への添付は不要です。

※添付書類

指定医療機関の要件を満たしていることを確認できる書類として、指定申請書に以下の書類を添付してください。（いずれも関東信越厚生局から交付されているもの）

- ・病院、診療所 … 保険医療機関指定通知書の写し
- ・薬局 … 保険薬局指定通知書の写し
- ・指定訪問看護事業者 … 健康保険法第八十九条第二項の規定による指定通知書の写し

※指定書の送付先

希望する指定書の送付先を「指定書送付先」シートへ記入し、指定申請書と一緒に提出してください。

指定書の送付希望先が選択されていない場合は、医療機関あてにお送りします。

※指定書の送付先について医療機関以外を希望する場合のお願い

指定書をお送りする際、小児慢性特定疾病医療費助成制度の説明や月額管理表の記入方法など医療機関にご覧いただきたい資料も併せてお送りしています。これらの資料については必ず医療機関へ提供いただきますようお願いいたします。

※更新申請の期限

指定の更新を希望される場合は、必ず指定有効期間内に更新申請を行ってください。

（指定有効期間内に更新申請がない場合は、自動的に指定失効となります。）

※ 指定有効期間を過ぎて更新申請を行った場合、新規扱いとなります。

この場合の指定有効期間の開始日は、申請日（申請書の右上の日付）の翌月1日

（1日付けの場合はその日）となります。

※医科、歯科が併設されている医療機関について

医科と歯科が併設されている医療機関が、「医科」「歯科」の両方で指定の更新を希望する場合は、それぞれの医療機関コードで申請が必要です。

1. 指定有効期間の開始日

申請日（指定申請書の右上の日付）にかかわらず、更新前の指定有効期間満了日の翌日としていま

【例】更新前の指定有効期間満了日が令和4年8月31日の場合

→ 令和4年9月1日が指定有効期間の開始日

2. 開設者・事業者の代表者

・住所又は所在地

開設者が個人の場合 → 開設者個人の住所を記入してください。

開設者が法人の場合 → 開設法人の所在地を記入してください。

・氏名又は名称

開設者が個人の場合 → 開設者個人の氏名を記入してください。（代表者職名・代表者氏名は記入不要

開設者が法人の場合 → 開設法人の名称、代表者職名・代表者氏名を記入してください。

・電話番号

開設者が個人の場合 → 開設者個人の電話番号を記入してください。

開設者が法人の場合 → 開設法人の電話番号を記入してください。

3. 種別

該当する医療機関の種別を囲んでください。

4. フリガナ・名称

指定通知書（関東信越厚生局から交付されたもの）に記載されている医療機関の名称とそのフリガナを記入してください。

フリガナは全角カタカナで記入してください。

なお、医療機関の名称は、県ホームページに掲載している指定医療機関リストにて公表します。

5. 所在地

指定通知書（関東信越厚生局から交付されているもの）に記載されている医療機関の所在地を「市」または「郡」から記入してください。

郵便番号は半角数字で記入してください。

なお、医療機関の所在地は、県ホームページに掲載している指定医療機関リストにて公表します。

6. 電話番号

医療機関の電話番号を記入してください。（半角数字）

なお、医療機関の電話番号は、県ホームページに掲載している指定医療機関リストにて公表します。

外部（他の医療機関や一般の方など）から連絡しても差し支えない電話番号としてください。

7. 医療機関コード

病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険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を記入してください。 ※「11」から始まる10桁の数字

3桁目は該当する数字を選択してください。（1～2桁目は入力済みです。）

4～10桁目に指定通知書に記入された7桁のコードを記入してください。（半角数字）

(例) 1 1 4 1 2 3 4 5 6 7

(3桁目)

(4～10桁目)

3桁目は以下のうち、該当する数字を選択してください。

病院、診療所（医科）：1

病院、診療所（歯科）：3

薬局：4

指定訪問看護事業者：6

4～10桁目は、指定通知書（関東信越厚生局から交付されたもの）に記載された7桁のコードを記載してください。

8. 標ぼうしている診療科名

病院、診療所のみ記入してください。（薬局、指定訪問看護事業所は記入不要です。）
記入しきれない場合は「別添のとおり」とし、診療科名が記載された資料を指定申請書に添付していただいても差し支えありません。

9. 役員の氏名及び職名

開設者が個人の場合は、記入不要です。
開設者が法人の場合は、開設法人の役員の氏名及び職名を記入してください。
なお、役員の氏名及び職名がわかる一覧（役員名簿等）がある場合は「別添のとおり」とし、該当する資料を指定申請書に添付していただいても差し支えありません。

(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。

1 第1号関係

申請者が、拘禁刑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2号関係

申請者が、児童福祉法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律（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、生活保護法、社会福祉法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、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、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、国家戦略特別区域法（法第12条の5第15項及び第17項から第19項までの規定に限る。）、難病の患者に対する医療等に関する法律、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律、臨床研究法）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3号関係

申請者が、労働に関する法律の規定（①労働基準法第117条、第118条第1項（同法第6条及び第56条の規定に係る部分に限る。）、第119条（同法第16条、第17条、第18条第1項及び第37条の規定に係る部分に限る。）及び第120条（同法第18条第7項及び第23条から第27条までの規定に係る部分に限る。）の規定並びにこれらの規定に係る同法第121条の規定（これらの規定が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第44条（第4項を除く。）の規定により適用される場合を含む。）、②最低賃金法第40条の規定及び同条の規定に係る同法第42条の規定、③賃金の支払の確保等に関する法律第18条の規定及び同条の規定に係る同法第20条の規定）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った日を経過していない。

4 第4号関係

申請者が、児童福祉法の規定により指定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（同号のただし書きに該当する場合を除く。）。

(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5号関係

申請者が、児童福祉法の規定により指定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。

6 第6号関係

申請者が児童福祉法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7号関係

第5号に規定する期間内に指定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4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8号関係

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

9 第9号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第1号から第8号までのいずれかに該当する者のあるもの。

10 第10号関係

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。

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（新規・更新）

令和 〇 年 〇 月 〇 日

（宛先）
埼玉県知事

開設者・事業者の代表者		
〒	366 — 0000	
(都道府県・市区町村・番地)		
住所又は所在地	〇〇県△△市□□1-1-0	
(建物名等)		
▲▲ビル〇階		
氏名又は名称	医療法人社団〇〇会	
	(代表者職名)	(代表者氏名)
	理事長	〇〇 〇〇
電話番号	048 — 000 — 1234	

児童福祉法第19条の9第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので次のとおり申請します。また、申請に当たり、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

種別（該当するものに○を付すこと。）	病院	診療所	薬局	指定訪問看護事業者
フリガナ	マルマルクリニック			
名称	〇〇クリニック			
所在地	〒	369 — 0000		
	(市町村・番地)			
	埼玉県	〇〇郡△△町1-1-1		
	(建物名等)			
	▲▲駅前ビル1階			
電話番号	048	—	123	— 0000
医療機関コード	1	1	1	0 0 1 2 3 4 5
標榜している診療科名（病院・診療所のみ記載）	内科・小児科・アレルギー科			
役員の氏名及び職名	氏名		職名	
	〇〇 〇〇		理事長	
	△△ △△		理事	
	⋮		⋮	
	⋮		⋮	

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事業所の所在地及び名称並びに当該事業者の代表者の住所及び氏名を記入すること。

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（新規・更新）

令和 年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

開設者・事業者の代表者	
〒	—
(都道府県・市区町村・番地)	
住所又は所在地	
(建物名等)	
氏名又は名称	
	(代表者職名) (代表者氏名)
電話番号	— —

児童福祉法第19条の9第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので次のとおり申請します。また、申請に当たり、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

種別（該当するものに○を付すこと。）	病院	診療所	薬局	指定訪問看護事業者
フリガナ				
名称				
所在地	〒	—		
	(市町村・番地)			
	埼玉県			
	(建物名等)			
電話番号		—		—
医療機関コード	1	1		
標ぼうしている診療科名（病院・診療所のみ記載）				
役員の氏名及び職名	氏名		職名	

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事業所の所在地及び名称並びに当該事業者の代表者の住所及び氏名を記入すること。

指定申請書（更新）添付書類【別紙 1】

指定小児慢性特定疾病医療機関指定書 送付先

希望する指定書の送付先に○を付け、指定申請書と併せて提出してください。

（希望する指定書の送付先が選択されていない場合は、医療機関へ送付します。）

※指定書の送付先として医療機関以外を希望する場合のお願い

指定書をお送りする際、小児慢性特定疾病医療費助成制度の説明や月額管理表の記入方法など医療機関にご覧いただきたい資料も併せてお送りしています。これらの資料については必ず医療機関へ提供いただきますようお願いいたします。

希望する指定書の送付先について、いずれか 1 つに○を付けてください。

「その他の送付先」を希望する場合のみ、太枠内に希望する送付先を記入してください。

	医療機関あて ※ 指定申請書に記載されている所在地に限る
	開設者・事業者あて ※ 指定申請書に記載されている所在地に限る
	その他の送付先 （以下の太枠内に記入すること。）

宛 先	
所属・担当者名	
所在地又は住所	〒 -
	(都道府県・市区町村・番地)
	(建物名等)
連 絡 先	 - -

指定申請書（更新）の情報

医療機関コード	1	1										
医療機関名称												
医療機関所在地	〒 - 											
	埼玉県											

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請

医療機関コード	1	1									※必須入力
医療機関 名称											
医療機関 所在地	〒		－								
	(市町村・番地)										
	埼玉県										
	(建物名等)										
医療機関 電話番号			－			－					