

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号（更新の場合のみ記入してください。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定小児慢性特定疾病医療機関指定~~（指定更新）~~申請書（薬局）

保険薬局	薬局コード	2	2	4							
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー)									
	連絡先	電話番号	ー				ー				
		電子メールアドレス	@								
開設者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	郵便番号 (ー)									
		電話番号 (ー ー)									
	氏名 (法人にあつては、その名称)										
	代表者の職氏名 (法人の場合に限る。)										
役員の職氏名		別紙のとおり	添付書類	保険医療機関指定通知書の写し							
<p>上記のとおり、児童福祉法</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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として指定を受けたいので申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 第19条の10第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関としての指定の更新を受けたいので申請します。</p> <p>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します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名</p> <p>(法人にあつては、その名称及びその代表者の職氏名)</p> <p>担当者 氏 名 ()</p> <p>連絡先 ()</p> <p>静岡県知事 様</p>											

(注)

- 「保険薬局」の「名称」記載欄には、正式名称を記入してください。
- 申請種別に応じて□の中にレ点を付してください。

(誓約項目)

児童福祉法第 19 条の 9 第 2 項各号に該当しないことを誓約する。

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っ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った日前 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。）であっ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、当該通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であっ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っ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った日（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った場合において、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。）の管理者であった者で、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。

記入例

様式第2号の7（第2条の8、第2条の9関係）

新規の場合は記入不要

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号（更新の場合のみ記入してください。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定小児慢性特定疾病医療機関指定（~~指定更新~~）申請書（薬局）

保険薬局	薬局コード	2	2	4	※	※	※	※	※	※	※	※
	名称	〇 〇 薬 局 × × 店										
	所在地	郵便番号（***-****） ××市×××丁目××番×号										
	連絡先	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇									
		電子メールアドレス	xxx@xx.xx.jp									
開設者	住所 <small>（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</small>	郵便番号（***-****） ××市×××丁目××番×号 電話番号（〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇）										
	氏名 <small>（法人にあつては、その名称）</small>	株式会社△△△										
	代表者の職氏名 <small>（法人の場合に限る。）</small>	代表取締役 静岡 太郎										
役員の職氏名	別紙のとおり	添付書類	保険医療機関指定通知書の写し									
<p>上記のとおり、児童福祉法</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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として指定を受けたいので申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 第19条の10第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関としてので申請します。</p> <p>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ので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名 株式会社△△△</p> <p><small>（法人にあつては、その名称及びその代表者の職氏名）</small> 代表取締役 静岡 太郎</p> <p>担当者 氏名（静岡 次郎）</p> <p>連絡先（〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）</p> <p>静岡県知事 様</p>												

**R3.4.1以降
押印不要**

(注)

- 「保険薬局」の「名称」記載欄には、正式名称を記入してください。
- 申請種別に応じて□の中にレ点を付してください。

記入例

(別紙)

個人で開設している場合は記入不要

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ **株式会社△△△** ）

氏 名	職 名
静岡 太郎	代表取締役
静岡 次郎	取締役
静岡 三郎	取締役
静岡 四郎	監査役