

福 井 県 知 事 様

申請者（開設者）

住 所：

氏名または名称：

印

**難病医療費助成指定医療機関指定申請書（医療機関・薬局）**

下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第1項の規定による指定医療機関の指定について申請します。

また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
保 険 薬 局	電話番号		F A X 番 号	
	メールアドレス			
	コ ー ド ※1		指定年月日※2	平成 年 月 日
開 設 者	住 所			
	氏名または名称			
	生年月日		職 名	
標ぼうしている診療科名 (医療機関のみ記載)				
役 員 の 職 ・ 氏 名 (開設者が法人の場合)  ※3	役 職	氏 名		

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コードを記載してください。

※2 保険医療機関または保険薬局として指定された年月日（最新のもの）

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

福 井 県 知 事 様

指定訪問看護事業者  
 指定居宅サービス事業者  
 指定介護予防サービス事業者  
 住 所：  
 名 称：  
 代表者：

印

**難病医療費助成指定医療機関指定申請書（訪問看護）**

下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第1項の規定による指定医療機関の指定について申請します。

また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 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 番 号		F A X 番 号		
	メー ル ア ド レ ス				
	コ ー ド ※1		指定年月日※2	平成 年 月 日	
	※該当する番号を○で囲んで下さい。		1 指定訪問看護 (健康保険法)	2 居宅(訪問) (介護保険法)	3 予防(訪問) (介護保険法)
役 員 の 職 ・ 氏 名 (開設者が法人の場合)  ※3	役 職		氏 名		

※1 訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載してください。

※2 指定訪問看護ステーション等として指定された年月日（最新のもの）

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

(誓約項目)

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号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、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、また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、難病の患者に対する医療等に関する法律その他の法律（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、精神保健および精神障害者福祉に関する法律、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、介護保険法、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律）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、また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、難病の患者に対する医療等に関する法律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。

(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また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。

4 第4号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律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また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。

5 第5号関係

申請者が難病の患者に対する医療等に関する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

第4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。）の役員等また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。

7 第7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または著しく不当な行為をした。

8 第8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7号までのいずれかに該当する。

9 第9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7号までのいずれかに該当する。

福井県知事様

申請者（開設者）

住 所：

氏名または名称：

印

難病医療費助成指定医療機関変更届出書（医療機関・薬局）

下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出します。

（変更がある事項の□の中にレ印を付け、変更前、変更後の内容を記載してください。）

事項		<変更前>		<変更後>	
保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	コード ※1	<input type="checkbox"/>			
	指定年月日 ※2	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>			
	氏名または 名称	<input type="checkbox"/>			
	生年月日	<input type="checkbox"/>			
	職名	<input type="checkbox"/>			
標ぼうしている 診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>			
役員の職・氏名 (開設者が法人の 場合) ※3	<input type="checkbox"/>	役職	氏名	役職	氏名

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コードを記載してください。

※2 保険医療機関または保険薬局として指定された年月日（最新のもの）

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

福井県知事様

指定訪問看護事業者  
 指定居宅サービス事業者  
 指定介護予防サービス事業者  
 住 所：  
 名 称：  
 代表者：

印

難病医療費助成指定医療機関変更届出書（訪問看護）

下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出します。

（変更がある事項の□の中にレ印を付け、変更前、変更後の内容を記載してください。）

事 項		<変更前>		<変更後>	
指 定 訪 問 看 護 事 業 者	指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 者	名 称	<input type="checkbox"/>		
	指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 者	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>		
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>		
		氏 名	<input type="checkbox"/>		
		生年月日	<input type="checkbox"/>		
		職 名	<input type="checkbox"/>		
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	コード※1	<input type="checkbox"/>			
	指定年月日※2	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
役 員 の 職 ・ 氏 名 (開設者が法人の場合) ※3	<input type="checkbox"/>	役 職	氏 名	役 職	氏 名

※1 訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載してください。

※2 指定訪問看護事業者等として指定された年月日（最新のもの）

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

福井県知事様

申請者（開設者）

住 所：

氏名または名称：

印

**難病医療費助成指定医療機関更新申請書（医療機関・薬局）**

下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第15条第1項の規定による指定医療機関の指定について申請します。

また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
保 険 薬 局	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			
	コード※1		指定年月日※2	平成 年 月 日
開 設 者	住 所			
	氏名または名称			
	生年月日		職 名	
標ぼうしている診療科名 （医療機関のみ記載）				
役 員 の 職 ・ 氏 名 （開設者が法人の場合）  ※3	役 職	氏 名		

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コードを記載してください。

※2 保険医療機関または保険薬局として指定された年月日（最新のもの）

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

福 井 県 知 事 様

指定訪問看護事業者  
 指定居宅サービス事業者  
 指定介護予防サービス事業者

住 所：  
 名 称：  
 代表者：

印

**難病医療費助成指定医療機関更新申請書（訪問看護）**

下記のとおり、難病の患者等に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第15条第1項の規定による指定医療機関の指定について申請します。

また、同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 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 番 号		F A X 番 号		
	メー ル ア ド レ ス				
	コ ー ド ※1		指定年月日※2	平成 年 月 日	
	※該当する番号を○で囲んで下さい。		1 指定訪問看護 (健康保険法)	2 居宅 (訪問) (介護保険法)	3 予防 (訪問) (介護保険法)
役 員 の 職 ・ 氏 名 (開設者が法人の場合)  ※3	役 職		氏 名		

※1 訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載してください。

※2 指定訪問看護ステーション等として指定された年月日（最新のもの）

※3 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

(誓約項目)

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号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、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、また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、難病の患者に対する医療等に関する法律その他の法律（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、精神保健および精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医療機器等の品質、有効性および安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律）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、また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、難病の患者に対する医療等に関する法律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。

(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また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。

4 第4号関係

申請者が、難病の患者に対する医療等に関する法律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また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。

5 第5号関係

申請者が難病の患者に対する医療等に関する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

第4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。）の役員等また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。

7 第7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または著しく不当な行為をした。

8 第8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7号までのいずれかに該当する。

9 第9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7号までのいずれかに該当する。