

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書（病院・診療所）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                          |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|--------------|
| 保険医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 名称          | <input type="checkbox"/> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 所在地         | <input type="checkbox"/> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 電話番号        | <input type="checkbox"/> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 医療機関<br>コード | <input type="checkbox"/> |              |
| 開設者                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 住所          | <input type="checkbox"/> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 氏名又は<br>名称  | <input type="checkbox"/> |              |
| 標榜している診療科名                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | <input type="checkbox"/> |              |
| 役員の氏名又は職名                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | <input type="checkbox"/> | (裏面へご記入ください) |
| <p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の10第1項の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療機関として指定を更新されたく申請する。</p> <p>また、同法第19条の9第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>年    月    日</p> <p style="text-align: center;">開    設    者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 又 は 名 称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>(あて先) 東大阪市長</p> |             |                          |              |

※直近の指定の申請（変更・更新を含む）から変更がある事項に☑を付すること。

(裏)

## 役員名簿

| 氏名 | 職名 |
|----|----|
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |

記載欄が足りない場合は別紙により役員名簿を添付すること。

### 【児童福祉法第19条の9第2項】

- 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つ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、その取消しの日から起算して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つた日前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。）であつ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、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、当該通知があつた日前60日以内に当該者の管理者であつ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つ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15条の規定による通知があつた日（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つた場合において、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。）の管理者であつた者で、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。