

小児慢性特定疾病医療費助成制度における 指定医療機関の申請手続について

指定医療機関について

- 小児慢性特定疾病医療費助成制度では、知事の指定を受けた医療機関等(指定医療機関)が行う医療に限り、小児慢性特定疾病患者の方が助成を受けることができます。
- 指定医療機関の指定を受けるためには、申請の手続が必要になります。
- 下記を御参照の上、必要な手続を行ってくださいますようお願いいたします。

指定医療機関の要件・責務

【要件】(法第19条の9)

- 以下の医療機関等であること。
 - 保険医療機関
 - 保険薬局
 - 健康保険法に規定する指定訪問看護事業者
- 法第19条の9第2項で定める欠格事項(ホームページ参照)に該当していないこと。

【責務】(法第19条の11・第19条の12・第19条の13)

- 指定医療機関の診療方針は健康保険の診療方針の例によるほか、指定医療機関は、小児慢性特定疾病医療費助成に関し、良質かつ適切な医療を行わなければならない。
- 指定医療機関は、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の実施に関し、知事の指導を受けなければならない。

指定医療機関の申請手続等

【申請手続】

別添「指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書」を東京都(※)に提出してください。

※ 児童相談所を設置している特別区又は八王子市に所在する医療機関の場合は、医療機関が所在する各区市が申請先となります。

【提出先】

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第一本庁舎28階

東京都福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当

【留意事項】

- 指定後、東京都から申請者宛に指定通知を送付します。
- 指定を行った医療機関等の名称、所在地等を東京都が公示します。
- 指定の有効期間は6年間です。

記入例

該当するものに○をつけてください。

	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
--	--------	----	---------

保険医療機関等	名称	福祉局診療所
	所在地	(〒163-8001) 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
	電話番号	03-5321-1111
	医療機関コード	0000000
	開設日	令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

開設者	住所	(〒163-8001) 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
	氏名又は名称	○○ ○○
	電話番号	03-5321-1111

役員名簿	役職	理事長	氏名	○○ ○○	役員全員について御記入ください。 なお、記入欄が足りない場合等は「別添のとおり」と記入し、別紙により役員名簿を御提出ください。
	役職	理事	氏名	○○ ○○	
	役職		氏名		

標榜している診療科名 <small>(薬局・訪問看護事業者は記載不要)</small>	○○科、○○科
--	---------

上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を申請します。
 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します。

令和○○年○月○○日

ホームページを御確認ください。

開設者
 住所（法人にあっては所在地）
 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）
 東京都福祉局 理事長 東京 太郎

印

東京都知事 殿