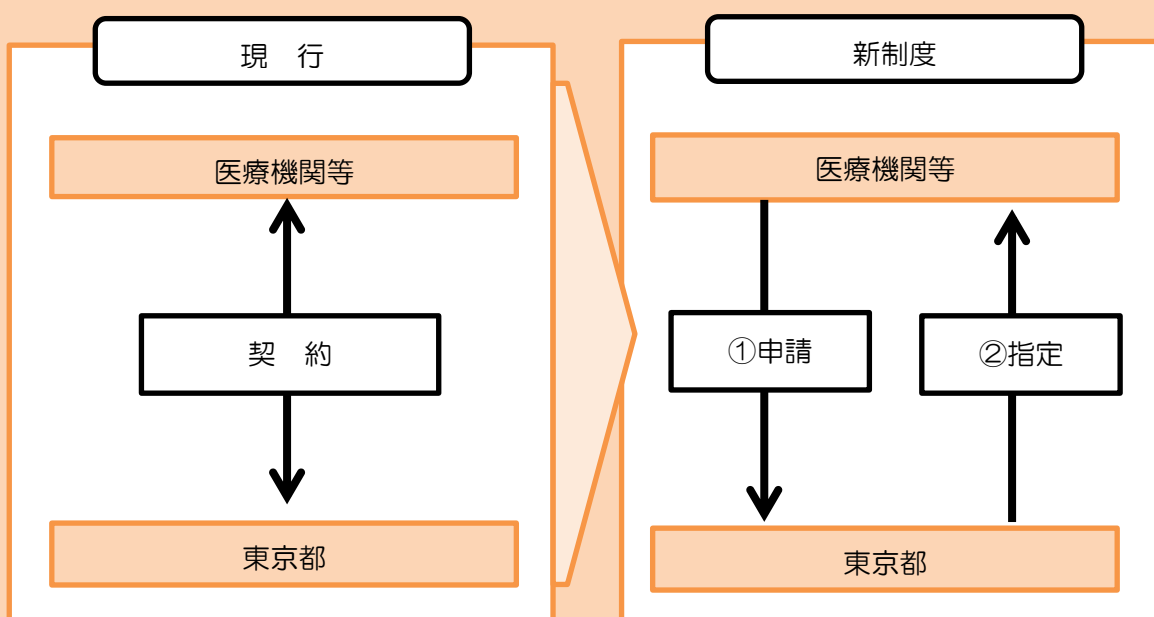


# 新たな小児慢性特定疾病医療費助成制度における 指定医療機関の申請手続について

## 指定医療機関について

- 平成26年5月に「児童福祉法の一部を改正する法律」（以下「法」といいます。）が成立し、平成27年1月1日から新たな小児慢性特定疾病医療費助成制度が実施されます。
- 新制度では、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。
- 2ページ以降に申請手続等を記載しておりますので、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。



### 【問合せ先】

東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課母子医療助成担当  
電話：03-5321-1111 内線32-671~677

## 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（4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】

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

### 【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

東京都福祉保健局少子社会対策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。更新の手続については現在検討中です。

(表)

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

記入例

該当するものに○をつけてください。		<input checked="" type="checkbox"/> 病院・診療所		<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者
保険医療機関等	名称		福祉保健局診療所		
	所在地		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		
開設者	住所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載)		東京都新宿区西新宿二丁目8番1号		
	氏名又は名称		東京都福祉保健局		
	代表者 (訪問看護事業者のみ記載)	住所			
		氏名			
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)			〇〇科、〇〇科		
<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。</p> <p>また、<u>同法第19条の9第2項の規定</u>のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">申請書の裏面を御確認ください。</div> <p>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） 東京都福祉保健局 理事長 東京 太郎</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; display: inline-block; vertical-align: middle;">印</div> <p>東京都知事 殿</p>					

開設者が法人にあっては裏面の役員名簿に必要事項を記載すること。

(裏)

役員名簿

役職	氏名	生年月日	住所
理事長	東京 太郎	昭和○年○月○日	東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
理事	東京 次郎	昭和○年○月○日	東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
理事	東京 三郎	昭和○年○月○日	東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
理事			
監事			
監事			

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。

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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。