

新

旧

島根県指定医療機関（難病）指定要領	島根県指定医療機関（難病）指定要領
<p>第1～第4 【略】</p> <p>附 則</p> <p><u>1 この要領は、令和3年11月1日から施行する。</u></p>	<p>第1～第4 【略】</p> <p>附 則</p>

新

旧

様式第1号 指定医療機関（難病）指定申請書  
指定小児慢性特定疾病医療機関

該当するものに○をつけてください	難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
保険医療機関等	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関コード（※）			
開設者	住所又は所在地			
	氏名又は名称			
	代表者 (訪問看護事業者等のみ記載)	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)				
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合）				
氏名	職名	氏名	職名	
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による指定医療機関 ・児童福祉法第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 として指定されたく申請する。また、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項 ・児童福祉法第19条の9第2項 の規定に該当しないことを誓約する。  年 月 日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）  島根県知事 様				

※ 訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

様式第1号 指定医療機関（難病）指定申請書  
指定小児慢性特定疾病医療機関

該当するものに○をつけてください	難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
保険医療機関等	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関コード（※）			
開設者	住所又は所在地			
	氏名又は名称			
	代表者 (訪問看護事業者等のみ記載)	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)				
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合）				
氏名	職名	氏名	職名	
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による指定医療機関 ・児童福祉法第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 として指定されたく申請する。また、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項 ・児童福祉法第19条の9第2項 の規定に該当しないことを誓約する。  年 月 日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）  島根県知事 様				

※ 訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

新

旧

様式第2号 指定医療機関（難病）  
指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

該当するものに○をつけてください		難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
変更がある事項に☑をしてください					
保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	電話番号	<input type="checkbox"/>			
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>			
開設者	住所	<input type="checkbox"/>			
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			
	代表者 (訪問看護事業者等のみ記載)	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合） <input type="checkbox"/>					
氏名	職名	氏名	職名		
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第19条 ・児童福祉法第19条の14 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を行う。  年 月 日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）  島根県知事 様					

様式第2号 指定医療機関（難病）  
指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

該当するものに○をつけてください		難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
変更がある事項に☑をしてください					
保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	電話番号	<input type="checkbox"/>			
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>			
開設者	住所	<input type="checkbox"/>			
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			
	代表者 (訪問看護事業者等のみ記載)	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合） <input type="checkbox"/>					
氏名	職名	氏名	職名		
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第19条 ・児童福祉法第19条の14 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を行う。  年 月 日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）  島根県知事 様					

印

新

旧

様式第3号 指定医療機関（難病）  
指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書

該当するものに○ をつけてください		難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑をしてください					
保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	電話番号	<input type="checkbox"/>			
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>			
開設者	住所	<input type="checkbox"/>			
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			
	代表者 (訪問看護事業 者等のみ記載)	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合）☐					
氏名	職名	氏名	職名		
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第15条第1項の規定に基づき指定医療機関 ・児童福祉法第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。また、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項 ・児童福祉法第19条の9第2項 の規定に該当しないことを誓約する。  年 月 日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）					
島根県知事 様					

様式第3号 指定医療機関（難病）  
指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書

該当するものに○ をつけてください		難病 小児慢性特定疾病	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者等
直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑をしてください					
保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>			
	所在地	<input type="checkbox"/>			
	電話番号	<input type="checkbox"/>			
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>			
開設者	住所	<input type="checkbox"/>			
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>			
	代表者 (訪問看護事業 者等のみ記載)	住所	<input type="checkbox"/>		
		氏名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		<input type="checkbox"/>			
役員の氏名及び職名（開設者が法人の場合）☐					
氏名	職名	氏名	職名		
上記のとおり、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第15条第1項の規定に基づき指定医療機関 ・児童福祉法第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。また、 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項 ・児童福祉法第19条の9第2項 の規定に該当しないことを誓約する。  年 月 日 開設者氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）					
島根県知事 様					印