

休止届出又は廃止届出

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止届出又は廃止届出 提出必要書類チェックリスト

- ※1 最終確認後、チェック欄にチェックマークを入れた上で、様式4-2の上（前）に必ず添付してください。
- ※2 書類はすべてA4サイズで統一してください。

書類提出（発送）年月日： 年 月 日

医療機関等名称：

【共通】 下表を確認の上、不足がないようご準備ください。

関係様式等	書類名称	チェック欄
様式4-2	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止・廃止・再開届出書 【開設者記名】	
/	保険医療機関等が休止又は廃止した事実が確認できる書類の写し 例）厚生局等の関係行政機関で受け付けされた関係届出書の写し	
/	遅延理由書 【届出が発生年月日から6月以上遅れた場合、任意様式で提出】	

！届出事項の種別早見表！

種別	内容	提出書類
休止届出	医療機関そのものを休止したとき	休止・廃止・再開届出書及び事実確認書類 （速やかに提出）
廃止届出	医療機関そのものを廃止したとき	休止・廃止・再開届出書及び事実確認書類 （速やかに提出）
再開届出	休止中の医療機関を再開したとき	休止・廃止・再開届出書及び体制確認書類 （速やかに提出）
指定辞退	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の <u>指定を辞退</u> するとき ※医療機関そのものが存続する場合は、辞退しか選択できません。	指定辞退届出書（ 辞退する1月前までに提出 ） ※別様式をご利用ください。

再開届出

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）再開届出 提出必要書類チェックリスト

- ※1 最終確認後、チェック欄にチェックマークを入れた上で、様式4-2の上（前）に必ず添付してください。
- ※2 再開に当たって、休止前の指定状況と比較し、変更が生じている場合は、再開届出書と併せて必ず変更届出書も提出してください。
- ※3 書類はすべてA4サイズで統一してください。

書類提出（発送）年月日： 年 月 日

医療機関等名称：

【病院又は診療所】 下表を確認の上、不足がないようご準備ください。

関係様式等	書類名称	チェック欄
様式4-2	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止・廃止・再開届出書 【開設者記名】	
（別紙1）	主担当医師経歴書 【主担当医師押印】	
（別紙2）	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	
/	主担当医師又は歯科医師の免許証の写し 【裏面に開設者の原本証明】押印不要	
/	保険医療機関の再開が確認できる書類の写し	
/	遅延理由書 【届出が発生年月日から6月以上遅れた場合、任意様式で提出】	

【薬局】 下表を確認の上、不足がないようご準備ください。

関係様式等	書類名称	チェック欄
様式4-2	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止・廃止・再開届出書 【開設者記名】	
（別紙3）	管理薬剤師経歴書 【管理薬剤師押印不要】	
（別紙4）	調剤のために必要な設備及び施設の概要	
/	管理薬剤師の免許証の写し 【裏面に開設者の原本証明】	
/	薬局内平面図	
/	保険薬局の再開が確認できる書類の写し	
/	遅延理由書 【届出が発生年月日から6月以上遅れた場合、任意様式で提出】	

【指定訪問看護事業者等】 下表を確認の上、不足がないようご準備ください。

関係様式等	書類名称	チェック欄
様式4-2	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止・廃止・再開届出書 【開設者記名】	
（別紙5）	従事職員定数	
/	職員の免許証写し（全員分）【裏面に事業者の原本証明】押印不要	
/	健康保険法第88条第1項又は介護保険法第41条第1項に基づく訪問看護に係る指定の再開が確認できる書類の写し	
/	遅延理由書 【届出が発生年月日から6月以上遅れた場合、任意様式で提出】	

様式4-(2)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止・廃止・再開届出書

年 月 日	
沖縄県知事 殿	
開設者の氏名又は名称	
指定自立支援医療機関の名称	
指定自立支援医療機関の所在地	
担当している医療の種類	
下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第63条の規定に基づき【 休止・廃止・再開 】の届出を行う。	
休止等年月日	年 月 日
(休止の場合) 再開予定年月日	年 月 日
休止等理由	

担当者氏名
連絡先

【留意事項】

- (1) 様式中「休止・廃止・再開」の記載箇所には、該当する種別に○を付けること。
- (2) 病院又は診療所における再開の場合は、担当する医療の種類ごとに主担当医師の経歴書や免許証の写しを提出すること。

病院又は診療所（再開）

(別紙1)

経 歴 書

担当する医療の種類				
学 位		ふりがな 氏 名		生年月日
現 住 所				
関係学会 加入状況				
適切な医療機関における研究 ・診療従事年数※		年		
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名		

(備考) 1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む。）、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等をさす。

2 入職年月日及び退職年月日を明記すること。

病院又は診療所（再開）

（別紙2）

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制	各種医療・福祉制度の紹介や説明を行うスタッフ			人
	カウンセリングを行うスタッフ			人

薬局（再開）

（別紙3）

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴	勤務先の名称	勤 務 年 数		調剤実務 経験年数 (うち、管 理薬剤師と しての実務 経験年数)	
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)
		自 至	年 年 月 月	年 月	年 月 (年 月)

- (備考) 1 管理薬剤師の免許証の写し（開設者の原本証明・押印不要）を添付すること。
 2 調剤実務経験年数を必ず記入すること。

薬局（再開）

（別紙 4）

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
主たる設備	品 目	品 目	
障害者に配慮した設備構造等	出入口	段 差（有・無） 手すり（有・無）	スロープ（有・無） 車椅子での出入り（可・否）
	通 路	手すり（有・無）	車椅子での移動（可・否）
	待合設備	有 ・ 無	
	医療機関との関係	TEL・FAX等での連携（有・無）	
	そ の 他		

（備考） 1 薬局内平面図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和 36 年厚生省令第 2 号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

指定訪問看護事業者等（再開）

（別紙5）

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数

（備考） 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。