

高 第 号
年 月 日

様

高松市長

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
定疾病医療機関の指定について（通知）

年 月 日付で申請のあった指定小児慢性特定疾病医療
機関の指定について、児童福祉法第 19 条の 9 第 1 項の規定により、次の
条件を付けて指定したので通知します。

- 1 児童福祉法第 19 条の 14 及び児童福祉法施行規則第 7 条の 34 に規
定する事項に変更があった場合には、10 日以内に届け出ること。
- 2 医療機関の業務を休止し、廃止し若しくは再開した場合又は医療法、
健康保険法若しくは医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確
保等に関する法律に規定する処分（次に掲げる規定によるものに限
る。）を受けた場合は、速やかに届け出ること。
(1) 医療法第 24 条、第 28 条又は第 29 条
(2) 健康保険法第 95 条
(3) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する
法律第 72 条第 4 項又は第 75 条第 1 項
- 3 児童福祉法第 19 条の 10 第 1 項の規定により、年 月 日
までに指定の更新を受けること。
- 4 指定小児慢性特定疾病医療機関療養担当規程（平成 26 年厚生労働省
告示第 466 号）に定めるところにより小児慢性特定疾病医療支援の適
正な実施に努めること。

名 称	
所 在 地	
指 定 有 効 期 間	

注 「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称、訪
問看護ステーション等の名称を記載しています。

様式第 10 号の 12 (第 4 条の 6 関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書 (病院・診療所用)

保険医療機関	名称	
	所在地	
	医療機関コード	
開設者	住所	
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科名		
<p>上記のとおり、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の指定を受けたいので、申請します。 また、同法第 19 条の 9 第 2 項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 氏名又は名称 ⑩</p> <p>(宛先) 高松市長</p>		

添付書類

役員名簿 (氏名・職名)