様式１－（２）

名称：保険薬局の指定を受けた正式な名称を記入してください。

所在地：保険薬局の所在地を記入してください。（※省略不可。）

医療機関コード：保険薬局の指定を受けたときに発番された番号を記入してください。（※未記載は受理不可。）

指定年月日：保険薬局の指定を受けた指定日（有効期間の始期。）を記入してください。（※未記載は受理不可。）

**指定小児慢性特定疾病医療機関　指定申請書（薬局）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　称 | ○○薬局 |
| 所在地 | 岩手県○○市○○10番地１ |
| 電話番号 | ○○○-○○○-○○○○ |
| 薬局コード  （指定年月日） | ○○,○○○○,〇  　　　　　　（指定年月日：令和　年　月　日） |
| 開設者 | 住　所 | 岩手県○○市○○10番１号 |
| 氏名又は名称 | 有限会社○○○○　代表取締役　○○　○○  開設者の氏名又は名称：個人病院の場合は、病院長又は代表者の方の氏名を記入してください。 |
| 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。  申請書の裏面をご確認ください。  　　　　年　　月　　日      開設者  　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有限会社○○○○  代表取締役　○○　○○    こちらにも記入をしてください。  岩手県知事　達増　拓也　殿 | | |

**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。**

**【注意事項】**

１　この書類は、岩手県知事（岩手県保健福祉部子ども子育て支援室）に提出してください。

　　所在地が「盛岡市」の場合、盛岡市へお問合せください。

２　貴医療機関等が指定された場合には、県により告示するほか、指定通知書により通知します。

**【記入上の注意】**

１　「名称」は、略称を用いることなく正式な名称を記入してください。

２　「診療科名」が複数ある場合には、小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を記入してください。

３　申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

（誓約項目） 児童福祉法第19条の９第２項に該当しないことを誓約すること。

１第１号関係 申請者が、拘禁刑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った日を経過していない。

２第２号関係 申請者が、児童福祉法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律（医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、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、薬剤師法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、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、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、国家戦略特別区域法（第 12 条の５第 15 項及び第 17 項から第 19 項までの規定に限る。）、難病の患者に対する医療等に関する法律、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律、臨床研究法）で定める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った日を経過していない。

３第３号関係 申請者が、労働に関する法律の規定（①労働基準法第 117 条、第 118 条第１項（同法第６条及び第56条の規定に係る部分に限る。）、第119条（同法第16条、第17条、第18条第１項及び第37 条の規定に係る部分に限る。）及び第120条（同法第18条第７項及び第23条から第27条までの規定に係る部分に限る。）の規定並びにこれらの規定に係る同法第 121 条の規定（これらの規定が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第44条（第４項を除く。）の規定により適用される場合を含む。）、②最低賃金法第40条の規定及び同条の規定に係る同法第 42条の規定、③賃金の支払の確保等に関する法律第18条の規定及び同条の規定に係る同法第20条の規定）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った日を経過していない。

４第４号関係 申請者が、児童福祉法の規定により指定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年を経過していない（同号のただし書きに該当する場合を除く。）。(1)指定を取り消された者が法人である場合,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った日前 60 日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む.(2)指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

５第５号関係 申請者が、児童福祉法の規定により指定医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知日から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指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して５年を経過していない。

６第６号関係 申請者が児童福祉法の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して５年を経過していない。

７第７号関係第５号に規定する期間内に指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第４号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して５年を経過していない。

８第８号関係 申請者が、指定の申請前５年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

９第９号関係 申請者が、法人で、その役員等のうちに第１号から第８号までのいずれかに該当する者であるもの。

10 第10号関係 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。

**役員名簿**

※（開設者が法人の場合）役員全員についてご記入ください。なお、記入欄が足りない場合は「別添のとおり」と記入し、別紙により役員名簿をご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 職名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |