

小児慢性特定疾病「指定医療機関」申請について

1. 指定医療機関の要件及び責務

【要件】（児童福祉法第 19 条の 9）

①以下の医療機関であること

- ・ 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

②児童福祉法第 19 条の 9 第 2 項で定める欠格事項（申請様式裏面参照）に該当していないこと。

【責務】

①指定小児慢性特定疾病医療機関の診療方針は健康保険の診療方針の例によること。

②指定小児慢性特定疾病医療機関は、小児慢性特定疾病に係る、良質かつ適切な治療を行わなければならない。

③指定小児慢性特定疾病医療機関は、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の実施に関し、那覇市長の指導を受けなければならない。

2. 提出書類

① 申請書及び裏面役員名簿

② 保険医療機関／保険薬局指定通知書の写し・・・医療機関・薬局の場合
指定訪問看護事業者審査結果通知書の写し・・・訪問看護の場合

※②は保険医療機関等であることを確認する際に必要ですので、必ず添付するようお願いいたします。

3. 提出先

〒902-0076

那覇市与儀 1 - 3 - 2 1

那覇市地域保健課 医療費助成グループ (Tel : 098-853-7962)

4. その他

- ・ 指定医療機関は、市ホームページで公開します。
- ・ 指定後に市より「指定通知書」を送付します。