様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号

　年　　月　　日

東京都知事　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

特定地域医療提供機関の指定申請について

　良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第113条の規定 により、別紙のとおり申請する。

別紙

１.指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名称 | ふりがな |
|  |
| 所在地 | ふりがな |
|  |

２．医療法第113条第１項の指定に係る業務の内容（該当するものを○で囲むこと。）

第１号　救急医療

第２号　居宅等における医療

第３号　地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療

３．**業務の内容が「第１号　救急医療」の場合**

（１）「三次救急医療機関」に該当する場合、○を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 三次救急医療機関 |  |

（２）「二次救急医療機関」に該当する場合、回答してください。

①　年間救急車受入台数及び年間での夜間・休日・時間外入院人数

※前年度実績を基本とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 年間救急車受入台数 | 件 |
| 年間での夜間・休日・時間外入院人数 | 人 |
| 備考 |  |

②　医療計画において位置づけられている５疾病５事業の役割（該当するものを○で囲むこと。複数選択可。）

がん　　　　 脳卒中　　　心血管疾患　 　糖尿病　　　　精神疾患

救急医療　　 災害医療　　へき地医療　 　周産期医療　　小児医療

③　②の役割について、国や東京都から指定を受けている医療機能を記載してください。

４．**業務の内容が「第２号　居宅等における医療」の場合**

（１）「在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所」に該当する場合、算定している施設基準（該当するものを○で囲むこと。）

機能強化型在宅療養支援病院（単独型）

　　　機能強化型在宅療養支援病院（連携型）

　　　在宅療養支援病院

機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）

　　　機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）

　　　在宅療養支援診療所

（２）（１）に該当しない医療機関で、「その他、居宅等における医療を提供する役割を積極的に果たしていると認められる医療機関」に該当する場合、業務の内容を記載してください。

　該当する理由

５．**業務の内容が「第３号　地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療」の場合**

（１）「第１号及び第２号に該当しない医療機関で、がん医療・循環器病・救急医療（精神科を含む）・周産期医療・小児医療の確保のために必要な役割を果たしていると認められる医療機関」に該当する場合、国や東京都から指定を受けている医療機能を記載してください。

（２）（１）に該当しない医療機関で、「その他、公共性と不確実性が強く働くものとして、地域医療提供体制確保のために必要な医療機関」に該当する場合、業務の内容を記載してください。

　該当する理由

６．担当者及び連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属・役職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |