

## 指定小児慢性特定疾病医療機関申請のご案内

医療費助成の対象となる医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）は、都道府県・指定都市・中核市（以下、「都道府県等」という。）が指定した『指定小児慢性特定疾病医療機関（以下、「指定医療機関」という。）』に限られます。

神戸市内に所在する医療機関等は、神戸市長が指定します。

### 1. 指定医療機関の要件（児童福祉法第19条の9第1項）

（1）以下の医療機関等であること

- ① 保険医療機関
- ② 保険薬局
- ③ 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項で定める欠格事由（指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書の裏面参照）に該当しないこと。

### 2. 指定医療機関の責務（児童福祉法第19条の11）

指定医療機関は、厚生労働省令で定めるところにより、良質かつ適切な特定医療を行わなければならない。

### 3. 指定について

（1）指定申請書を神戸市あてに提出してください。

（2）審査後、神戸市より通知を送付するほか、指定医療機関の名称、所在地等を市ホームページにて公表します。

（3）指定の有効期間は6年です。

有効期間が切れる前に更新手続きをしてください。更新されなければその効力は失われます。

（4）有効期間内に名称および所在地等申請内容に変更が生じた場合は、変更届による届出が必要です。

（5）業務を休止、廃止又は再開したとき等は、休止等届による届出が必要です。

（6）指定を辞退する場合は、辞退届による届出が必要です。

（7）医療機関等のコードがまだ通知されていない場合、空欄で申請いただき、取得後ご連絡をお願いします。

〈提出先〉（神戸市内に所在する医療機関の場合）

【E-MAIL】

ks\_boshihoken@office.city.kobe.lg.jp

提出書類は、pdf形式で添付してください。

【郵便】

〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1

神戸市こども家庭局 家庭支援課 小児慢性特定疾病担当

TEL : 078-322-6513