

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)に係る自己チェックシート

1 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	
連絡先	
担当者名	

2 チェック項目

点検項目		点検結果 ※いずれかに○印		今後の改善策 ※左欄で「不適」の場合
1	指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営む事ができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。	適	不適	
2	受診者からの診療・調剤・訪問看護の希望を正当な事由がなく拒んでいないか。	適	不適	
3	自立支援医療受給者証が有効であることを確認した上で診療しているか。 例) 医療受給者証の有効期間、医療機関名など	適	不適	
4	医療受給者証に記載された医療の具体的方針に従って診療・調剤・訪問看護を行っているか。	適	不適	
5	医療受給者証に記載された医療と記載されていない医療を合わせて提供した場合、記載されていない医療を自立支援医療に含めて請求していないか。	適	不適	
6	医療受給者証を2枚以上持っている受診者については、記載された医療ごとに分けて請求しているか。 例) 更生医療と精神通院医療の医療受給者証	適	不適	
7	自己負担上限額管理票へ適切に記載しているか。 また、必要に応じて、医療受給者証に記載された他医療機関との連携を密に行っているか。	適	不適	
8	負担上限月額が設定されている受診者について、適切に自己負担の徴収をしているか。	適	不適	
9	医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、都道府県知事に届け出ているか。	適	不適	
10	医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは都道府県知事に届け出ているか。	適	不適	
11	指定については、6年ごとにその更新を受けなければ効力が失われることを認識しているか。	適	不適	[次回更新期限を記載] 年 月

※本チェックシートは、指定の更新時に申請書類とあわせて提出してください。