

各  $\left( \begin{array}{l} \text{都道府県知事} \\ \text{指定都市市長} \\ \text{中核市市長} \end{array} \right)$

障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課長

（ 公 印 省 略 ）

行政不服審査法及び行政不服審査法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う通知改正について

「行政不服審査法」（平成 26 年法律第 68 号）及び「行政不服審査法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 69 号）が平成 28 年 4 月 1 日から施行されることに伴い、当職通知で定める各種様式の教示文について下記のとおり改正し、平成 28 年 4 月 1 日から適用することとしたので、その内容について御了知いただくとともに、管内市町村に対する周知をお願いします。

記

次の通知で定める各種様式について、別添新旧対照表のとおり改正する。

- ① 精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について（平成 12 年 3 月 30 日障精 22 号）
  - （様式 7）措置入院決定のお知らせ
- ② 指定自立支援医療機関の指定について（平成 18 年 3 月 30 日障精 033005 号）
  - （様式 4－（2））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第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定について
  - （様式 4－（5））指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の担当する医療の種類の変更について
  - （様式 6－（2））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第 60 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の更新について
  - （様式 7）指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

(別添6)

○ 精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について（平成12年3月30日 障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部  
精神保健福祉課長通知）【新旧対照表】

(変更点は下線部)

改 正 後		現 行	
	障 精 第 2 2 号 平成12年3月30日 一部改正 障精発第0325001号 平成17年3月25日 一部改正 障精発第0929005号 平成18年9月29日 一部改正 障精発第12222001号 平成18年12月22日 一部改正 障精発第0526003号 平成20年5月26日 一部改正 障精発第0526003号 平成26年1月24日 <u>一部改正 障精発0328第1号</u> <u>平成28年3月28日</u>		障 精 第 2 2 号 平成12年3月30日 一部改正 障精発第0325001号 平成17年3月25日 一部改正 障精発第0929005号 平成18年9月29日 一部改正 障精発第12222001号 平成18年12月22日 一部改正 障精発第0526003号 平成20年5月26日 一部改正 障精発第0526003号 平成26年1月24日 平成26年1月24日
各 都道府県 指定都市	精神保健福祉主管部（局）長 殿  厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長  (略) 1～5 (略)  様式1～6 (略)	各 都道府県 指定都市	精神保健福祉主管部（局）長 殿  厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長  (略) 1～5 (略)  様式1～6 (略)

様式7

措置入院決定のお知らせ

〇 〇 〇 〇 殿

平成 年 月 日

〇 〇 〇 知事

- あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院措置が必要であると認めたので通知します。
- あなたの入院は、【①精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による措置入院 ②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の規定による緊急措置入院】です。
- あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- あなたは、治療上の必要性から、行動制限を受けることがあります。
- もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出て下さい。

それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせ下さい。

都道府県知事の連絡先（電話番号を含む。）

- 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。
- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式8～21 （略）

様式7

措置入院決定のお知らせ

〇 〇 〇 〇 殿

平成 年 月 日

〇 〇 〇 知事

- あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院措置が必要であると認めたので通知します。
- あなたの入院は、【①精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による措置入院 ②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の規定による緊急措置入院】です。
- あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- あなたは、治療上の必要性から、行動制限を受けることがあります。
- もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出て下さい。

それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせ下さい。

都道府県知事の連絡先（電話番号を含む。）

- 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。
- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式8～21 （略）

○指定自立支援医療機関の指定について（平成 18 年 3 月 3 日付け障精発第 0303005 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）  
（傍線部分は改正部分）

改正後	現行
<div data-bbox="667 284 1106 464"> 障精発第 0303005 号  平成 18 年 3 月 3 日  最終改正 平成 28 年 3 月 28 日  障精発 0328 第 1 号 </div> <div data-bbox="129 568 779 708"> 各 <div data-bbox="174 568 331 708"> 都道府県  指定都市  中核市 </div> } 障害保健福祉主管部（局）長 殿 </div> <div data-bbox="568 767 1043 852"> 厚生労働省社会・援護局  障害保健福祉部精神保健福祉課長 </div> <div data-bbox="383 911 857 948"> 指定自立支援医療機関の指定について </div> <div data-bbox="152 1059 203 1091"> （略） </div> <div data-bbox="129 1155 315 1187"> 別紙 1 （略） </div> <div data-bbox="129 1251 651 1335"> 別紙様式  様式 1 － （ 1 ） ～様式 4 － （ 1 ） （略） </div>	<div data-bbox="1659 284 2098 464"> 障精発第 0303005 号  平成 18 年 3 月 3 日  最終改正 平成 25 年 3 月 15 日  障精発 0315 第 1 号 </div> <div data-bbox="1131 568 1780 708"> 各 <div data-bbox="1176 568 1332 708"> 都道府県  指定都市  中核市 </div> } 障害保健福祉主管部（局）長 殿 </div> <div data-bbox="1565 767 2040 852"> 厚生労働省社会・援護局  障害保健福祉部精神保健福祉課長 </div> <div data-bbox="1379 911 1854 948"> 指定自立支援医療機関の指定について </div> <div data-bbox="1149 1059 1200 1091"> （略） </div> <div data-bbox="1131 1155 1317 1187"> 別紙 1 （略） </div> <div data-bbox="1131 1251 1653 1335"> 別紙様式  様式 1 － （ 1 ） ～様式 4 － （ 1 ） （略） </div>

様式4－（2）

（指定自立支援医療機関の指定をしないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第59条第1項の  
規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した  
結果、指定しないこととしたので了解されたい。

名 称	医 療 の 種 類	理 由
	（指定自立支援医療機関（薬局を除く。）の 場合のみ記載のこと）	

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます。（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式4－（2）

（指定自立支援医療機関の指定をしないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第59条第1項の  
規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した  
結果、指定しないこととしたので了解されたい。

名 称	医 療 の 種 類	理 由
	（指定自立支援医療機関（薬局を除く。）の 場合のみ記載のこと）	

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式4－（3）、様式4－（4）（略）

様式4－（3）、様式4－（4）（略）

## 様式4－（5）

（医療の種類の変更を承認しないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の担当する  
医療の種類の変更について

年 月 日付け申請のあった次の指定自立支援医療機関に係る標記については、  
申請内容を審査した結果、承認しないこととしたので了知されたい。

指定自立支援医療機関の名称	医療の種類	理 由

## 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する最決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

## 様式4－（5）

（医療の種類の変更を承認しないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の担当する  
医療の種類の変更について

年 月 日付け申請のあった次の指定自立支援医療機関に係る標記については、  
申請内容を審査した結果、承認しないこととしたので了知されたい。

指定自立支援医療機関の名称	医療の種類	理 由

## 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する最決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式 5、様式 6－（1） （略）

様式 5、様式 6－（1） （略）



様式6－（2）

（指定自立支援医療機関の指定を更新しないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第60条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の更新について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した結果、指定を更新しないこととしたので了解されたい。

名 称	医 療 の 種 類	理 由
	（指定自立支援医療機関（薬局を除く。）の場合のみ記載のこと）	

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する最決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式6－（2）

（指定自立支援医療機関の指定を更新しないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第60条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の更新について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した結果、指定を更新しないこととしたので了解されたい。

名 称	医 療 の 種 類	理 由
	（指定自立支援医療機関（薬局を除く。）の場合のみ記載のこと）	

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式 6－（3） （略）

様式 6－（3） （略）

## 様式 7

(変更が適当でない例：主として担当する医師の変更)

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

年 月 日付で届出された標記については、内容を確認した結果、次の指定自立支援医療機関の医師は、指定自立支援医療を主として担当する医師として適当でなく、他の適当な医師に変更し、改めて担当医師の変更手続をとるか、又は当該医師が担当する医療の種類について辞退の手続をとることが必要であると思われるので、早急に所要の手続を検討されたい。

指定自立支援医療機関の名称	担当する医療の種類	医師の氏名

## 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます。(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する最終の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する最終の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する最終の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。)

## 様式 7

(変更が適当でない例：主として担当する医師の変更)

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

年 月 日付で届出された標記については、内容を確認した結果、次の指定自立支援医療機関の医師は、指定自立支援医療を主として担当する医師として適当でなく、他の適当な医師に変更し、改めて担当医師の変更手続をとるか、又は当該医師が担当する医療の種類について辞退の手続をとることが必要であると思われるので、早急に所要の手続を検討されたい。

指定自立支援医療機関の名称	担当する医療の種類	医師の氏名

## 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。)

別紙 2 (略)

別紙様式

様式 1 - (1) ~ 様式 4 - (1) (略)

別紙 2 (略)

別紙様式

様式 1 - (1) ~ 様式 4 - (1) (略)

様式4－（2）

（指定自立支援医療機関の指定をしないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第59条第1項の  
規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した  
結果、指定しないこととしたので了解されたい。

名 称	理 由

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する最決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式4－（2）

（指定自立支援医療機関の指定をしないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第59条第1項の  
規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した  
結果、指定しないこととしたので了解されたい。

名 称	理 由

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する最決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式4－（3）～様式6－（1） （略）

様式4－（3）～様式6－（1） （略）



様式6－（2）

（指定自立支援医療機関の指定を更新しないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第60条第1項  
の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）の更新について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した  
結果、指定を更新しないこととしたので了知されたい。

名 称	理 由

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する最決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式6－（2）

（指定自立支援医療機関の指定を更新しないこととした場合）

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者  
指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

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第60条第1項  
の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）の更新について

年 月 日第 号をもって申請のあった標記については、申請内容を審査した  
結果、指定を更新しないこととしたので了知されたい。

名 称	理 由

※「名称」の欄には、指定訪問看護事業者等の場合、事業者の名称及び訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式 6－（3） （略）

様式 6－（3） （略）



## 様式 7

(変更が適当でない例：主として担当する医師の変更)

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

年 月 日付で届出された標記については、内容を確認した結果、次の指定自立支援医療機関の医師は、自立支援医療を主として担当する医師として適当でなく、他の適当な医師に変更し、改めて担当医師の変更等の手続をとることが必要であると思われるので、早急に所要の手続を検討されたい。

指定自立支援医療機関の名称	医師の氏名

## 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して審査請求をすることができます。(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として(訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する最決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。

## 様式 7

(変更が適当でない例：主として担当する医師の変更)

番 号  
年 月 日

医療機関の開設者 殿

〇〇〇都道府県知事 印  
〇 〇 〇 市 長 印

指定自立支援医療を主として担当する医師変更届出について

年 月 日付で届出された標記については、内容を確認した結果、次の指定自立支援医療機関の医師は、自立支援医療を主として担当する医師として適当でなく、他の適当な医師に変更し、改めて担当医師の変更等の手続をとることが必要であると思われるので、早急に所要の手続を検討されたい。

指定自立支援医療機関の名称	医師の氏名

## 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市を被告として(訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する最決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する最決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。