

認知症疾患医療センター指定申請書

令和 年 月 日

宮崎県知事 河野俊嗣 殿

法人名

法人代表者

下記の病院について、宮崎県認知症疾患医療センターの指定を受けたく、申請します。

記

1 医療機関の名称

2 所在地

3 類型 (該当するものを○で囲んでください。)

地域型 ・ 連携型

4 添付書類

- ・ 医療機関の概要及び認知症疾患医療センター事業運営体制等 (様式 2)
- ・ 認知症疾患医療センター事業運営所要額内訳書 (様式 3)
- ・ 専門医療相談を行う組織の体制図
- ・ 医療機関内における認知症疾患医療センター設置予定場所位置図 (様式 4)
- ・ 認知症専門医の学会認定証 (写し)
- ・ 医師の業務履歴書 (様式 5-1)
- ・ 精神保健福祉士、保健師等の業務履歴書 (様式 5-2)
- ・ 認知症疾患医療センター事業運営に係る連携体制承諾書 (様式 6)
- ・ 連携する医療機関の位置関係地図
- ・ 医療機関のパンフレット
- ・ 納税証明書
- ・ 特別徴収実施確認・開始誓約書 (様式 7)
- ・ 指定を受けようとする医療機関を運営する法人の賃借対象表及び損益計算書

申請担当者氏名

連絡先

医療機関の概要及び認知症疾患医療センター事業運営体制等

1 申請に係る担当者の連絡先

所属・役職	
氏名	
電話番号	
F A X	
E-mail	

2 医療機関の概要

医療機関名称		
医療機関所在地	〒	
開設者		
管理者		
医療機関種別	<input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他	
診療科目 (全て記載すること)		
医療法上の 許可病床数	一般病床	床
	精神病床	床
	その他病床	床
	計	床 (うち療養病床 床)

3 専門医療相談の実施体制（運営）

医療相談室の整備	<input type="checkbox"/> プライバシーに配慮した個室の相談室を整備している。 ・部屋数（ ）部屋 ・広さ（ ）㎡ ・広さ（ ）㎡ ・広さ（ ）㎡ <input type="checkbox"/> 個室ではないが相談室を整備している。 ・部屋数（ ）部屋 ・広さ（ ）㎡ ・広さ（ ）㎡ ・広さ（ ）㎡ <input type="checkbox"/> 今後整備の予定である。（時期： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 認知症医療相談のための専用の電話を設置している。 <input type="checkbox"/> 今後設置の予定である。（時期： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
実施予定曜日 実施予定時間	電話相談	実施予定曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 実施予定時間 時 分～ 時 分	
	面接相談	実施予定曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 実施予定時間 時 分～ 時 分	
R4 年度実績 (R4. 4. 1 ～R5. 3. 31) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	電話相談	実施曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 実施時間 時 分～ 時 分 件数（年間） 件	
	面接相談	実施曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 実施時間 時 分～ 時 分 件数（年間） 件	
	訪問相談	件数（年間）	件	
	その他	方法	件数（年間）	件
		方法	件数（年間）	件
	上記相談件 数の相談元 の主な内訳	1. 本人からの相談	件	
		2. 家族等の介護者からの相談	件	
3. 地域包括支援センターからの相談		件		
4. 医療機関（かかりつけ医等）からの相談		件		
5. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談		件		
6. 行政機関からの相談		件		
7. 院内の他科からの相談		件		

※ここでの「相談」は、診療報酬のないものをいい、延べ回数をカウントする。

※相談元は患者、家族、介護者、地域包括支援センター職員、かかりつけ医等の区別は問わない。

※面接は、自施設内で実施した相談（自施設の他科からの相談、自施設主催による認知症カフェ等も含む）

※訪問は、自施設外に出向いて実施した相談（認知症初期集中支援や物忘れ相談会、他施設で行う認知症カフェ等への参加も含む）

※その他は、メールやFAX 等による相談など。

4 相談体制（人員・組織）

※行が足りない場合は、適宜行を追加してください。

※「職種等」欄には、認知症専門医は所属学会を、その他の医師は認知症医療5年以上の臨床経験年数を、その他職種は職種名（保有資格）を記載すること。

※「就業時間」については、週当たりの就業時間のうち、センター業務に従事する時間・割合を記載すること。

※各職員の業務履歴書（様式5-1または5-2）を、日本老年精神医学会・日本認知症学会の専門医については、学会認定証を添付すること。

※法人内の相談を行う組織の体制図がわかるものを添付すること。

区分	氏名	職種等	常勤・非常勤	専従・専任・兼務	認知症ケア専門士の有無	就業時間
医師						時間割
						時間割
						時間割
						時間割
						時間割
臨床心理技術者						時間割
連絡調整業務担当						時間割
						時間割
医療相談室業務担当						時間割
						時間割
						時間割
						時間割
連携推進補助員						時間割

前ページのうち、診断後等支援のための相談員の配置

社会福祉士		専従	名	兼務	名
精神保健福祉士		専従	名	兼務	名

その他	(職種等)		専従	名	兼務	名
	(職種等)		専従	名	兼務	名

診断後等支援機能に関する業務内容（該当するものに○）

1. 相談員による診断後の相談支援	
2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	
3. その他（内容を下欄に自由記載）	

5 診察体制

<p>認知症の外来診療体制（現状）</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本的に専門外来で対応するが、他の診療科でも対応している。 <input type="checkbox"/> 専門外来のみで対応している。 <input type="checkbox"/> 専門外来ではないが、認知症に対応している診療科がある。</p> <p><専門外来> 対応診療科 外来診察曜日 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>木 <input type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土 <input type="checkbox"/>日 診察時間 時 分～ 時 分</p> <p><他の診療科> 対応診療科 外来診察曜日 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>木 <input type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土 <input type="checkbox"/>日 診察時間 時 分～ 時 分</p>		
<p>今後の専門外来の設置</p>	<p><input type="checkbox"/> 既に専門外来を設けている。 <input type="checkbox"/> 今後、専門外来を設ける予定である。（時期： ） <input type="checkbox"/> 現在のところ、専門外来を設ける予定はない。</p>		
<p>鑑別診断件数 R4 年度実績 (R4. 4. 1 ～R5. 3. 31)</p>		<p>全数</p>	<p>内 65 歳未満</p>
<p>1. 正常または健常</p>			
<p>2. 軽度認知障害 (MCI)</p>			
<p>3. アルツハイマー型認知症 (G30, F00)</p>			
<p>4. 血管性認知症 (F01)</p>			
<p>5. レビー小体型認知症 (G31, F02)</p>			
<p>6. 前頭側頭型認知症 (行動障害型・言語障害型を含む G31, F02)</p>			
<p>7. 外傷性脳損傷による認知症 (S06. 2, F02)</p>			
<p>8. 物質・医薬品誘発性による認知症 (アルコール関連障害による認知症を含む)</p>			
<p>9. HIV 感染による認知症 (B20, F02)</p>			
<p>10. プリオン病による認知症 (A81, F02)</p>			
<p>11. パーキンソン病による認知症 (G20, F02)</p>			
<p>12. ハンチントン病による認知症 (G10, F02)</p>			
<p>13. 正常圧水頭症 (G91)</p>			
<p>14. 他の医学的疾患による認知症 (F02)</p>			
<p>15. 複数の病因による認知症 (F02)</p>			
<p>16. 詳細不明の認知症 (F03) (上記 3～15 に該当しないもの)</p>			
<p>17. 上記 2～16 以外の症状性を含む器質性精神障害</p>			
<p>18. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)</p>			

	19. 気分（感情）障害（F3）		
	20. てんかん（G47）		
	21. 神経発達障害（知的発達障害を含む）（F7-F9）		
	22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患		
	23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患		
	24. 上記のいずれにも含まれない疾患		
	25. 診断保留		
初診までの待機 日数	<p style="text-align: center;">日</p> ※緊急枠や特別枠を除き、令和4年12月末日時点における、予約時から初診までの待機日数を記入する。		
診療報酬	認知症専門診断管理料1	R4年度（R4.4.1～R5.3.31）算定件数	件
	認知症専門診断管理料2	R4年度（R4.4.1～R5.3.31）算定件数	件
	認知症ケア加算1	R4年度（R4.4.1～R5.3.31）算定件数	件
	認知症ケア加算2	R4年度（R4.4.1～R5.3.31）算定件数	件
受診の経緯	1. 地域包括支援センターから		件
	2. 医療機関（かかりつけ医等）から		件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から		件
	4. 行政機関から		件
	5. その他		件
受診後の情報提供	1. 地域包括支援センターへ		件
	2. 医療機関（かかりつけ医等）へ		件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ		件
	4. 行政機関へ		件
	5. その他		件

6 検査体制

※CT・MRI・SPECTについて、他医療機関との連携により実施している場合は、「8 連携する医療機関」に記載するとともに、具体的な連携体制がとれていることを証する書類（様式6、位置関係がわかるもの）を添付すること。

血液検査 尿一般検査 心電図検査 神経心理検査	<input type="checkbox"/> すべて自施設で実施している。
コンピュータ 断層撮影装置 (CT)	<input type="checkbox"/> 保有している。 台 ※同一法人かつ同一敷地内にある実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合を含む。 <input type="checkbox"/> 他医療機関との連携により実施
磁気共鳴画像装置 (MRI)	<input type="checkbox"/> 保有している。 台 <input type="checkbox"/> 他医療機関との連携により実施
脳血流シンチグラフィ (SPECT)	<input type="checkbox"/> 保有している。 台 <input type="checkbox"/> 他医療機関との連携により実施

7 身体合併症、行動・心理症状への対応等

※認知症の行動・心理症状、身体合併症について、他医療機関との連携により実施している場合は、「8 連携する医療機関」に記載するとともに、具体的な連携体制がとれていることを証する書類（様式6、位置関係がわかるもの）を添付すること

※実績については、R4 年度実績（R4. 4. 1～R5. 3. 31）を記載すること。

救急医療機関としての指定	<input type="checkbox"/> 救急告示医療機関 （消防法2条9項により「救急病院等を定める省令（昭和39年2月20日厚生省令第8号）」に基づき、都道府県知事が告示し指定する病院。） <input type="checkbox"/> 高度救命救急センター <input type="checkbox"/> 救命救急センター				
休日、夜間における救急・急性期入院治療に対応できる空病床数の確保（一日あたり）	認知症の行動・心理症状	精神病床 その他	床 床	一般病床	床
認知症の行動・心理症状の急性期入院治療の対応状況	<input type="checkbox"/> 自施設の精神病床で対応している。（新規入院治療 実績 件） <input type="checkbox"/> 自施設の一般病床で対応している。（新規入院治療 実績 件） <input type="checkbox"/> 初期診断後、連携する他医療機関を紹介している。（実績 件） <input type="checkbox"/> 今後対応する予定 時期： 対応方法： <input type="checkbox"/> その他（ ）				
身体合併症の急性期入院治療の対応状況	<input type="checkbox"/> 自施設の精神病床で対応している。（新規入院治療実績 件） <input type="checkbox"/> 自施設の一般病床で対応している。（新規入院治療実績 件） <input type="checkbox"/> 初期診断後、連携する他医療機関を紹介している。（実績 件） <input type="checkbox"/> 今後対応する予定 時期： 対応方法： <input type="checkbox"/> その他（ ） 自施設又は他医療機関との連携により、対応できる身体疾患の状態				
身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援	<input type="checkbox"/> 実施している（相談、入院受入れの調整、他院の紹介など）。（実績 件） <input type="checkbox"/> 今後対応する予定 時期： 対応方法：				
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神的ケースワークの実施状況	<input type="checkbox"/> 実施している。（新規入院治療実績 件） （参加職種 ） <input type="checkbox"/> 今後対応する予定 時期： 対応方法：				

8 連携する医療機関

※「6 検査体制」及び「7 身体合併症、行動・心理症状への対応等」において、他医療機関と連携を行う場合について、連携医療機関の概要を医療機関ごとに記載すること。

※実績については、R4 年度実績 (R4. 4. 1~R5. 3. 31) を記載すること。

1	連携の種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> 行動・心理症状入院医療 <input type="checkbox"/> 身体合併症入院医療			
	医療機関名				
	医療機関所在地				
	診療科目				
	連携医療機関までの距離・時間	距離	km	時間	分 (移動手段:)
	依頼・紹介実績	CT	件	MRI	件
	SPECT	件	行動・心理症状	件	
	身体合併症	件			
2	連携の種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> 行動・心理症状入院医療 <input type="checkbox"/> 身体合併症入院医療			
	医療機関名				
	医療機関所在地				
	診療科目				
	連携医療機関までの距離・時間	距離	km	時間	分 (移動手段:)
	依頼・紹介実績	CT	件	MRI	件
	SPECT	件	行動・心理症状	件	
	身体合併症	件			
3	連携の種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> 行動・心理症状入院医療 <input type="checkbox"/> 身体合併症入院医療			
	医療機関名				
	医療機関所在地				
	診療科目				
	連携医療機関までの距離・時間	距離	km	時間	分 (移動手段:)
	依頼・紹介実績	CT	件	MRI	件
	SPECT	件	行動・心理症状	件	
	身体合併症	件			

9 地域連携の推進

認知症疾患医療センターの機能が十分に発揮されるためには、市町村、地域包括支援センター、かかりつけ医、医師会、他の認知症疾患医療センター等との連携が重要であり、これらの機関とのネットワークづくりを進める必要があるため、できるだけ具体的に記載してください。

※実績については、R4 年度実績 (R4. 4. 1～R5. 3. 31) を記載すること。

自施設内の連携体制	認知症の人の身体合併症及び行動・心理症状等、様々な症状に対応できるように、自施設内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士、作業療法士や理学療法士等、多職種が適切に連携できる体制の構築を図っているか。
	<input type="checkbox"/> 取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定 (対応開始時期:) 【取組内容 (予定も含む。)]
医療・介護連携に係る会議への参加	地域の連携体制強化のため、市町村や地域包括支援センター、他医療機関、医師会等が開催する認知症疾患医療・介護連携に係る会議に参加しているか (主催も含む)。
	<input type="checkbox"/> 会議を主催している。(実績 回) <input type="checkbox"/> 市町村開催の会議に参加している。(実績 回) <input type="checkbox"/> 医師会開催の会議に参加している。(実績 回) <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター開催の会議に参加している。(実績 回) <input type="checkbox"/> 今後参加 (主催) 予定 【主催 (参加) している会議の概要 (予定も含む。)] ① 会議名: 主催者: 協議内容: ② 会議名: 主催者: 協議内容:
市町村、地域包括支援センターとの連携	市町村や地域包括支援センター職員への助言又は連携を行っているか。
	<input type="checkbox"/> 取り組んでいる。(実績 件 うち認知症 件) <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定 (対応開始時期:) 【取組内容 (予定も含む。)]
市町村、地域包括支援センターとの連携	市町村が実施する初期集中支援チームへの関与を行っているか。
	<input type="checkbox"/> 自施設内にチームを設置している。 <input type="checkbox"/> 自施設内の職員が、チーム員として参加している。 <input type="checkbox"/> チーム員会議での助言等、専門医療的な後方支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定 (対応開始時期:) 【取組内容 (予定も含む。)]

かかりつけ医、 医師会との連携	かかりつけ医、医師会との連携を行っているか。
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医からの紹介（実績 件 うち認知症 件） <input type="checkbox"/> かかりつけ医への情報提供（継続診療の依頼を含む） （実績 件、うち認知症 件） <input type="checkbox"/> 医師会との連携 <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定（対応開始時期： ） 【取組内容（予定も含む。）】
家族介護者の会 との連携	家族介護者の会等との連携を行っているか。
	<input type="checkbox"/> 家族介護者の会等の場に参加している。（実績 回） <input type="checkbox"/> その他の連携を行っている。（内容 実績 回） <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定（対応開始時期： ） 【取組内容（予定も含む。）】
認知症医療・介護 連携の推進役	地域の認知症医療・介護連携の推進役として、取組を行っているか。
	<input type="checkbox"/> 取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定（対応開始時期： ） 【取組内容（予定も含む。）】

10 人材の育成

認知症疾患医療センターの役割の一つとして、認知症に係る専門性の向上に係る人材育成や、認知症に関する正しい理解の普及がありますので、できるだけ具体的に記載してください。

※実績については、R4 年度実績 (R4. 4. 1~R5. 3. 31) を記載すること。

自施設内の 人材育成	自施設内の医師、看護師等の認知症医療に係る専門性の向上に向け、研修等に取り組んでいるか。
	<input type="checkbox"/> 全診療科を対象に取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 精神科内を対象に取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定 (対応開始時期: _____)) 【取組内容 (予定も含む。)]
	認知症ケアに関する知識と技術の向上及び倫理観を備える人材を養成するために、資格の取得や研修の受講を推進しているか。(認知症ケア専門士等)
	<input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士の資格取得に取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 認知症ケアに関する研修の受講を推進している。 <input type="checkbox"/> 今後取り組む予定 (対応開始時期: _____)) 【取組内容 (予定も含む。)]
研修会の開催	地域の医療従事者等の認知症対応力の向上を図るため、研修を自ら行い、または他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症対応力の向上に向け取り組んでいるか。 ※開催内容がわかる資料を添付すること。
	<input type="checkbox"/> 主催して開催している。 対象者 <input type="checkbox"/> 医療従事者 (実績 _____ 回 参加延べ人数 _____ 人) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (実績 _____ 回 参加延べ人数 _____ 人) <input type="checkbox"/> 市町村 (実績 _____ 回 参加延べ人数 _____ 人) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 (実績 _____ 回 参加延べ人数 _____ 人) <input type="checkbox"/> 家族・地域住民 (実績 _____ 回 参加延べ人数 _____ 人) <input type="checkbox"/> その他 (実績 _____ 回 参加延べ人数 _____ 人) <input type="checkbox"/> 市町村が実施する研修の講師として協力している。 実績 _____ 回 実施主体 _____ <input type="checkbox"/> 医師会が実施する研修の講師として協力している。 実績 _____ 回 実施主体 _____ <input type="checkbox"/> その他関係機関が実施する研修の講師として協力している。 実績 _____ 回 実施主体 _____

	<input type="checkbox"/> 今後開催（協力）予定 【開催内容（予定も含む。）】
認知症の 普及啓発 情報発信	地域住民や介護者等に対して、認知症に関する情報発信に取り組んでいるか。
	<input type="checkbox"/> 取り組んでいる。 （内容 _____ ）
	<input type="checkbox"/> 今後取り組む予定（対応開始時期： _____ ） 【取組内容（予定も含む。）】
	地域住民や介護者等に対して、認知症の理解を促す普及啓発に取り組んでいるか。
	<input type="checkbox"/> 取り組んでいる （内容 _____ ）
	<input type="checkbox"/> 今後取り組む予定（対応開始時期： _____ ） 【取組内容（予定も含む。）】

11 医療サービス等提供状況

※該当する項目にR4 年度実績 (R4. 4. 1～R5. 3. 31) を記載すること

	通常業務として 実施	状況に応じて 実施	未実施
1. 介護保険主治医意見書への記載			
2. 合併する身体疾患に対する通院医療			
3. 合併する身体疾患に対する入院医療			
4. 合併する身体疾患に対する救急医療 (時間外入院を含む)			
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
8. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療 (時間外入院を含む)			
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療			
10. せん妄に対する医療の提供			
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
12. 行政機関への助言・連携			
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携			
14. 介護支援専門員への助言・連携			
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携			

12 運営方針

認知症疾患医療センターの指定を受けることにあたって、以下について記載してください。

<p>認知症施策推進大綱(※) に掲げる施策の推進に寄 与することを目的とした センターとしての取組方 針 (特に力を入れたいこ と、考える役割等)</p>	
<p>病院運営に当たっての基 本方針 (職員の資質向上のため の研修・個人情報保護の ための取組状況、電子カ ルテの導入状況等)</p>	

※令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

認知症疾患医療センター事業運営所要額内訳書

※別紙記入例を参考とすること。

医療機関名		対象経費支出予定額		
		金額(円)	積算内訳	
専門医療相談	賃金			
	報酬			
	共済費			
	旅費			
	需用費	消耗品費		
		印刷製本費		
	役務費	通信運搬費		
		広告料		
	委託料			
	地域連携推進に係る業務	報償費		
旅費				
需用費		消耗品費		
		印刷製本費		
		食糧費		
役務費		通信運搬費		
		広告料		
使用料及び賃借料				
委託料				
合計		0		

認知症疾患医療センター事業運営所要額内訳書 (記入例)

医療機関名		対象経費支出予定額		
		金額(円)	積算内訳	
〇〇病院				
専門医療相談	賃金		常勤職員 (PSW等) 人件費 〇〇〇円×〇月分=〇〇〇〇円	
	報酬		非常勤職員 (PSW等) 人件費 〇〇〇円×〇月分=〇〇〇〇円	
	共済費		PSW等職員社会保険料 〇〇〇円×〇月分=〇〇〇〇円	
	旅費		相談業務旅費 〇〇〇円	
	需用費	消耗品費		センター運営に必要な事務用品費 〇〇〇〇円
		印刷製本費		センター運営に必要なコピー代 〇〇〇円×〇枚=〇〇〇円
	役務費	通信運搬費		認知症専用電話相談に係る電話代 〇〇〇円×〇月分=〇〇〇円
		広告料		認知症疾患医療センター広告のための経費 〇〇〇円
	委託料		認知症疾患医療センター広報HP作成経費 〇〇〇〇〇円 パンフレット作成費 〇〇〇〇円×〇部=〇〇〇〇〇円	
	地域連携推進に係る業務	報償費		研修会講師謝礼金 〇〇〇円×〇回×〇人=〇〇〇〇円 協議会委員報償費 〇〇〇円×〇回×〇人=〇〇〇〇円
旅費			研修会講師旅費 東京～宮崎1泊2日 〇〇〇円	
需用費		消耗品費		研修に必要な事務用品費 〇〇〇〇円
		印刷製本費		認知症ニュースレター作成 〇〇〇円×〇〇〇枚=〇〇〇〇〇円 研修会開催案内のコピー代 〇〇〇円×〇枚=〇〇〇円
		食糧費		協議会時の飲み物代 〇〇円×〇人×〇回=〇〇〇円
役務費		通信運搬費		研修会開催案内郵送料 〇〇〇円×〇人=〇〇〇円
		広告料		研修会の広告のための経費 〇〇〇円
使用料及び賃借料			研修会場賃借料 〇〇〇円×〇回=〇〇〇円	
委託料		研修会資料作成 〇〇〇円×〇部=〇〇〇円		
合計		0		

医療機関内における認知症疾患医療センター設置予定場所位置図

事業者名				
医療機関名				
所在地	〒			
認知症疾患医療センター機能の設置場所	医療相談室設置予定階数	【	】階に設置予定	
	外来機能設置予定階数	【	】階に設置予定	
交通手段について	外来自家用車駐車場確保台数	【	】台確保	
	最寄りの駅・バス停留所からの距離	駅の名称	【	】
		バス停留所の名称	【	】
		駅からの距離	【	米】
	バス停留所からの距離	【	米】	
【位置図（付近見取図）】				

業務履歴書 (医師用)

1 医療機関名 _____

2 担当業務 _____

3 氏名等

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日		
医師免許	医籍番号 (※免許の写しを添付願います)	登録年月日	年 月 日
住所	〒		
連絡先電話番号	(自宅・その他)		

4 学会認定医、サポート医等、認知症診療等に資する資格免許

(※免許等の写しを添付願います)

- 1 _____ (取得年月日: _____)
- 2 _____ (取得年月日: _____)
- 3 _____ (取得年月日: _____)

5 所属学会

- 1 _____
- 2 _____

6 業務履歴

年 月	部署・業務内容等
<p>認知症の鑑別診断等に従事した期間がわかるように記載してください。(臨床経験医師については5年以上必要)</p> <p>直近における認知症患者の年間診療実績(概数で可)を付記してください。</p>	

業 務 履 歴 書（精神保健福祉士・保健師等用）

1 病 院 名 _____

2 担 当 業 務 _____

3 氏 名 等

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日
住 所	〒		
連 絡 先 電 話 番 号	(自宅 ・ その他)		

4 資 格 免 許

(※免許等の写しを添付願います)

1 _____ (登録番号： _____ 取得年月日： _____)

2 _____ (登録番号： _____ 取得年月日： _____)

3 _____ (登録番号： _____ 取得年月日： _____)

5 所 属 学 会

1 _____

2 _____

6 業 務 履 歴

年 月	部署・業務内容等

心理臨床業務又は相談業務に従事した期間がわかるように記載してください。(5年程度)

認知症疾患医療センター事業運営に係る連携体制承諾書

令和 年 月 日

(応募医療機関)
医療機関開設者
代表者職氏名

様

所在地 _____
医療機関開設者 _____
代表者職・氏名 _____ (印)

宮崎県認知症疾患医療センターの運営に関し、次に記載のとおり貴院と連携体制を取
ることを承諾します。

(具体的な連携項目は次のとおり) ※該当項目にチェックを入れてください。

(1) 連携項目

 検査体制に関する連携

①連携の項目

- コンピュータ断層撮影装置 (CT)
- 磁気共鳴画像装置 (MRI)
- 脳血流シンチグラフィ (SPECT)

②連携に関する確認事項

 入院病床に関する連携

①連携の項目

- 認知症の行動・心理症状に対する入院医療等
- 身体合併症に対する入院医療等

②連携に関する確認事項

(2) 応募医療機関との位置関係

別添地図のとおり (※位置関係が分かる地図を添付してください。)

特別徴収実施確認・開始誓約書

令和 年 月 日

法人名

代表者氏名

チェック欄（いずれかに該当する項目にチェックを入れてください。）

1 領収証書の写し添付

- 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

→ 6ヶ月以内の領収証書の写しを添付してください

2 添付する領収証書の写しがない場合等**(1) 特別徴収実施確認**

- 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

→ 市町村の確認印を受けてください

(2) 特別徴収義務がない

- 当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

→ 市町村の確認印をうけてください

(3) 開始誓約

- 当事業所は、年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社（者）あてに送付してください。

→ 市町村確認印をうけてください。

市（町・村）確認印