

書 面 監 査 作 業 要 領

本書面監査は、下記の要領により調査票へ回答をお願いします。

1 回答方法

「ふじのくに電子申請システム」で回答してください。

以下の QR コードまたは、県障害福祉課のホームページ
(URL:<https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/shogaifukushi/shintaishogai/1003012/1023746.html>)からアクセスし、回答してください。



なお、「ふじのくに電子申請システム」からの回答ができない場合は、県障害福祉課のホームページから以下の書類を印刷し、提出してください。

- ・ 「自立支援医療機関指導監査調査票」(県様式)
- ・ 「指定自立支援医療機関療養担当規程実施状況点検表」(県様式)

※様式を印刷して回答する場合は、更生医療・育成医療、精神通院医療の両方で指定を受けている医療機関は、各一部ずつ作成してください。

また、変更事項が生じている場合は、「指定自立支援医療機関変更事項届出書(様式第3号)」(県様式)を提出してください。

2 照会先

本書面監査の記入・回答方法について御不明な点は、下記にお問い合わせください。

420-8601 静岡市葵区追手町9-6

静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課

(更生医療・育成医療) 渡瀬

電話番号 054-221-2367

FAX 番号 054-221-3267

(精神通院医療) 渡邊、杉原

電話番号 054-221-3523

FAX 番号 054-221-3267