

生活保護法
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに
永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶
者の自立の支援に関する法律

指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法第49条(同法第55条及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定(指定更新)を申請します。

名 称	(フリガナ)		医療機関 コード	4	0								
所 在 地	〒 -												
電話 - -													
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称等)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏 (名称等)	(フリガナ)											
	生 年 日	年 月 日											
	住 (所在地)	〒 -											
電話 - -													
管理者の氏名、生年月日 及び住所	氏 名	(フリガナ)		生 年 月 日	年 月 日								
	住 所	〒 -											
診 療 科 名													
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中 ・ 更新申請中			有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無	有 ・ 無												
現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日	年 月 日 (更新の場合のみ記載)												
指定希望年月日	年 月 日 (新規の場合のみ記載)												

年 月 日

(申請先)
豊 中 市 長 様

〒 -
申請者(開設者) 住 所

氏 名

※注) 法人の場合の申請者(開設者)は、法人の所在地、法人名及び代表者の職・氏名を記載してください。

※注) 個人の場合の申請者(開設者)は、居住地、氏名を記載してください。

注意事項

1. この書類は、豊中市長あてに豊中市福祉事務所へ提出してください。
2. 貴機関が新たに指定された場合には、豊中市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
3. 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

1. 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
2. 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
3. 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
4. 開設者が法人の場合は、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
開設者が個人の場合は、「氏名(名称等)」に氏名を記載し、「住所(所在地)」に居住地を記載してください。
5. 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。
※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。
6. 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」・「更新申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定を受ける予定の有効期間を記載してください。
また、指定更新を行う場合は、「更新申請中」を○で囲み、健康保険法による新たな指定の有効期間を記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
7. 「生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局」とは、以下のいずれかに該当するものです。
 - ① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
 - ② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
8. 「現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
9. 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は法人の所在地、法人名及び代表者の職・氏名を記載してください。個人の場合は居住地、氏名を記載してください。