

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

記入例

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) イリョウホウジントヨナカクリニック 医療法人豊中クリニック	医療機関 コード	4	0	5	4	3	2	1
所在地	〒561 - 0881 豊中市中桜塚〇丁目〇番〇号 電話 06 - 8888 - 7777								
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)名	(フリガナ) イリョウホウジントヨナカクリニック リジチョウ トヨナカタロウ 医療法人豊中クリニック 理事長 豊中 太郎	2						
	生年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日							
	住(所在地)所	〒 560 - 0082 豊中市新千里東町〇丁目〇番〇号 電話 06 - 1111 - 2222							
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) トヨナカ イチロウ 豊中 一郎	生年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日					
	住所	〒 123 - 4567 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号							
診療科名	4 内科、小児科								
健康保険法による指定	5 有・指定申請中・更新申請中			有効期間	令和 3年 4月 1日から 令和 9年 3月 31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	6 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	令和 3年 4月 1日 (新規の場合のみ記載)								

①健康保険法の指定を受けている名称、所在地、電話番号、医療機関コード(「-」は記載不要)を記載してください。

②法人の場合  
生年月日は記載不要です。  
個人の場合  
医療機関の所在地ではなく、開設者の居住地を記載してください。

③住所は管理者の居住地を記載してください。

④診療科名が複数ある場合は、主たる診療科を最初に記載してください。  
(※薬局は記載不要です)

⑤指定申請中の場合  
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。  
更新申請中の場合  
健康保険法による指定を新たに受ける有効期間を記載してください。  
※訪問看護の場合、申請書の裏面を参照してください。

⑥申請書の裏面の記載要領7を参照してください。

⑦申請書の提出日を記入してください。

⑧法人の場合  
法人の主たる事務所所在地、法人名、代表者の職名、代表者氏名を記載してください。  
個人の場合  
個人名、居住地を記載してください。

7 年 月 日

(申請先)

豊中市長様

〒 560 - 0082

8 住所 豊中市新千里東町〇丁目〇番〇号

申請者(開設者)

医療法人〇〇〇〇

氏名

理事長 豊中 太郎

※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。