（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）

指定施術機関指定申請書

生活保護法第55条第2項において準用する第49条の2第1項（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、指定施術機関遵守事項を遵守することを確約のうえ、次のとおり指定を申請します。

氏名			(フリガナ)　トヨナカ　タロウ 豊中　太郎	施術者区分（該当するものに〇） ①施術所の開設者（法人の代表者である場合は非該当） 〇②開設者でない施術者 ③出張専門
生年月日			昭和　〇　年　〇　月　〇　日	
施術者区分に該当する箇所のみ記載してください。	②③	住所	〒　561 －　0881 豊中市　中桜塚〇丁目〇番〇号 電話　06　－　8888　－　7777	
	①②	施術所名称	(フリガナ)　マルマルセイコツイン 〇〇整骨院	
		施術所所在地	〒　123 －　4567 尼崎市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話　06　－　1111　－　2222	
	②で複数ある場合	施術所名称2	(フリガナ)	
		施術所所在地2	〒　　－ 電話　　－　　－	
業務の種類（該当するものに〇）			〇柔道整復　・　あん摩・マッサージ　・　〇はり・きゅう	
所属する団体の名称（本市と協定している団体である場合のみ）			△△柔道整復師会	
指定希望年月日			令和　5　年　7　月　1　日	
誓約事項			チェック欄 ☑	別紙を確認のうえ、生活保護法第55条第2項において準用する同法第49条の2第2項各号（第1号、第4号ただし書、第7号及び第9号を除く。）の規定による指定欠格事由に該当しない旨誓約する場合にチェックを入れてください。

令和5 年　6　月　25　日

（申請先）
豊　中　市　長　様

申請者　住　所　〒　561　－　0881
豊中市中桜塚〇丁目〇番〇号

氏　名　豊中　太郎

今回指定申請をする施術者の居住地、氏名

当申請についての問い合わせ用。平日の日中に連絡のつく番号をご記入ください。

電話　06　－　1111　－　2222

指定施術機関遵守事項

1. 指定医療機関医療担当規程第13条の規定に基づき患者の施術を担当するときは、同担当規程に定めるところによる。
2. 施術料金は、別に厚生労働省社会・援護局長が定める「医療扶助運営要領について」により算定した額とする。
3. 豊中市長は、施術内容及び施術料金請求の適否を調査するため必要があると認めたときは、施術機関に対して必要と認める事項の報告を命じ、又は当該職員に施術機関について、実地にその設備若しくは施術録その他の帳簿書類を検査させることができるものとする。

＜注意事項＞
1.記載にあたっては記入例をご参照ください。
2.提出の際は免許証のコピーを添付してください。
3.貴機関が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。