

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

(訪問看護ステーション)
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、次のとおり指定(指定更新)を申請します。

訪問看護 ※医科・歯科・薬局は別様式	ステーション コード	4	0	5	4	3	2	1	2						
名称	(フリガナ)	マルマルホウモンカンゴステーション													
所在地	〒 561 - 0881	豊中市中桜塚〇丁目〇番〇号													
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 (名称等)	(フリガナ)	カブシキガイシャマルマル 株式会社〇〇 法人の場合は法人名称												
	代表者 職・氏名	代表取締役社長 豊中 太郎													
	生年月日	年 月 日 法人の場合は記載不要													
	住所 (所在地)	〒 543 - 0000	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号					電話	06 - 9999 - 8888	法人の場合は主たる事務所の所在地					
管理者の氏名、生年月日 及び住所	氏名	(フリガナ)	サクラヅカ ハナコ				生 年 月 日	昭和50 年 4 月 1 日							
	住所	〒 563 - 0000	池田市△△町△丁目△番△号												
健康保険法による指定	<チェック欄> <input checked="" type="checkbox"/> 有 (申請中を含む)														
健康保険法による指定期間	4	令和5	年	12	月	1	日	から	令和11	年	11	月	30	日	まで
誓約事項	チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/>	生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約 *必ず、別紙指定欠格事由に該当しないことを確認してから左のチェック欄にチェックを入れてください。													
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5 年 12 月 1 日 (新規の場合のみ記載)														

①略称等を用いることなく健康保険法により指定を受けた名称を記載してください。

②近畿厚生局から払出された7ケタのコードを記載してください。提出時点で未定の場合は空白で結構です。

③管理者の居住地を記載してください。

④新規、更新に関わらず、健康保険法による指定申請中の場合は、指定を受ける予定の期間を記載してください。

⑤申請書の提出日を記載してください。

5 年 月 日

豊中市長 様

申請者
(開設者)

住所(法人の場合は主たる事務所の所在地)
〒 543 - 0000

大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名(法人の場合は法人名称及び代表者職・氏名)

株式会社〇〇 代表取締役社長 豊中 太郎

- 記載にあたっては記入例をご参照ください。
- 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。