

見本

新規指定の場合は「指定」、更新の場合は「指定更新」に○をつけてください。

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定医療機関（指定・指定更新）申請書
 生活保護法第49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第14条4項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名称	(フリガナ)		医療機関コード	近畿厚生局で定められている「医療機関番号」です
	近畿厚生局に届出されている医療機関名称です			
所在地	〒 - 近畿厚生局に届出されている医療機関所在地・電話番号です Tel () -			
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」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)		
		近畿厚生局に届出されている開設者氏名です		
	生年月日	開設者の方の生年月日をご記入ください。法人の場合は、記載不要です		
住所(所在地)	〒 -			
	個人開設の場合：開設者の方のご自宅の住所をご記入ください 法人開設の場合：法人の主たる事務所の所在地をご記入ください			
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ)		生年月日
		近畿厚生局に届出されている管理者氏名です		
住所	〒 -			
	管理者の方のご自宅の住所をご記入ください			
診療科名	近畿厚生局に届出されている診療科名です			
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有	指定申請中 (申請日： 年 月 日)	有効期間	近畿厚生局から保険医療機関としての現に指定を受けている期間を記入して下さい。 6年間の有効期間です
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・ <input checked="" type="radio"/> 無 該当の有無はすべて近畿厚生局の届出に準じています。個人開設で、かつ、開設者のみ(個人経営)又は開設者と同居する家族のみ(家族経営)で診療・調剤行為を行っている場合は「有」を、それ以外の場合は「無」を選択してください。			
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) 指定更新の場合に有効期間満了日を記入してください。新規申請の場合は不要です。			

令和 年 月 日

兵庫県 知事 様
 市長

申請者(開設者)

〒 -
住所

氏名

住所と氏名は開設者欄と同じ内容をご記入ください。併せて電話番号も記載ください。押印は不要です。