

生活保護法指定医療機関 ※ **指定** ・ 指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)		医療機関コード									
所 在 地	〒 - 電話 () -											
開設者の氏名、 ☆生年月日及び☆住所 (法人の場合は次を記載) ・法人の名称 ・代表者の職氏名 ・主たる事務所の所在地	氏名 (フリガナ)											
	生年月日 ☆	年	月	日								
	住所 (所在地) ☆	〒 -										
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			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											
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	「指定欠格事由」に該当しないことを確認の上、右のチェック欄にチェック(☑)してください。				チェック欄	<input type="checkbox"/>						
生活保護法による指定希望日	年 月 日 (新規指定の場合のみ記載)											
☆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)											

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

徳 島 県 知 事 殿

所在地(住所) 〒 -

申請者(開設者)

名 称(氏名)

電話 () -

注意事項

- 1 この書類は、都道府県知事宛て直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、県報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、従前の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、その有効期間の満了後も当該通知がされるまでの間、なおその効力を有します。
- 4 この書類は、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(平成6年法律第30号)に基づく申請も兼ねています。

記載要領

- 1 ※印の欄は、必要なものを○で囲むか、不要なものを――で消してください。
- 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(四国厚生支局徳島事務所所管)を記載してください。
- 4 ☆印の欄は、訪問看護事業者のみ記載してください。
- 5 開設者が法人の場合、「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。
- 6 「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。
※ 薬局の場合は「調剤薬局」と、訪問看護ステーションの場合は「訪問看護」と記載してください。
- 7 「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」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。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。
※ 健康保険法による指定を受けていない場合には、生活保護法による指定は受けられません。
※ 訪問看護ステーションのうち、介護保険法による指定を受けることにより、健康保険法による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、介護保険法による指定の有効期間を記載してください。
- 8 「生活保護法による指定希望日」については、生活保護法第49条の規定による新規の指定を受けようとする場合に記載してください。
- 9 「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。
- 10 「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
- 11 「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」は、指定欠格事由に該当しない場合、□にチェックを入れてください。
- 12 「申請者(開設者)」は、法人の場合、法人の名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。