

記入例

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) マルマルクリニック 〇〇クリニック	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
所在地	〒 111 - 1111 徳島県〇〇市〇〇22-2 電話 (088) 333 - 3333								
開設者の氏名、 ☆生 (法 ・法 ・代 ・主たる事務所の所在地)	氏名 (名称等)	(フリガナ) イリヨウホウジンサンカクサンカクカイ リジチョウ トクシマ タロウ 医療法人△△会 理事長 徳島 太郎							
	☆	(☆ 訪問看護事業所のみ記入してください。)							
住所	〒	444 - 4444 (☆ 訪問看護事業所のみ記入してください。)							
	☆	徳島県△△市△△55-5							
管理者の氏名、 ☆生年月日及び☆住所	氏名	(フリガナ) アワ ハナコ 阿波 花子	生年月日	(☆ 訪問看護事業所のみ記入してください。) ☆ 昭和 30 年 3 月 4 日					
	住所	〒 666 - 6666 (☆ 訪問看護事業所のみ記入してください。) ☆ 徳島県△△市△△55-5							
診療科名	内科								健康保険法=四国厚生支局徳島事務所の管轄です。そちらにお問い合わせください。
健康保険法による指定	※ 有 ・ 指定申請中		有効期間	令和5 年 8 月 1 日から 申請 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	申請書裏面の記載要領10を御確認ください。		※ 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 checked="" type="checkbox"/>					
生活保護法による指定希望日	令和5 年 8 月 1 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		指定希望日は、原則として、申請日以降の日付にしてください。なお、指定の有効期間は6年間です。						

上記のとおり指定を申請します。

令和 5 年 7 月 1 日

原則として、指定希望日までにこの書類を提出してください。

徳 島 県 知 事 殿

所在地(住所) 〒 444 - 4444
徳島県△△市△△55-5

申請者(開設者)

電話 (088) 888 - 8888

名称(氏名)

医療法人△△会
理事長 徳島 太郎

個人開設の場合は、開設者本人の住所及び氏名を記入してください。