

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	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	
	〇〇クリニック									
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)	(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。)									
所 (所在地)	〒 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	(フリガナ) アワ ハナコ	生年月日	(☆ 訪問看護事業所のみ記入してください。)							
	阿波 花子	☆	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								
	☆	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。								
診療科名	内科									
健康保険法による指定	※ 一有 指定申請中		有効期間	令和5 年 8 月 1 日から 令和11 年 7 月 31 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	※ 一有 無		申請書裏面の記載要領10を御確認ください。							
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	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	☆		令和5 年 7 月 31 日 (更新の場合のみ記載)							

上記のとおり指定を申請します。

令和 5 年 7 月 1 日

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。

指定の有効期間の満了日まで
にこの書類を提出してください。

☆ 訪問看護事業所のみ記入してください。
指定の有効期間は6年間です。
有効期間内に更新申請しなければ、自動
的に指定の効力が失われ、医療扶助を担
当できなくなります。