

【病院・診療所・薬局用】

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

指定医療機関 指定 ・ 指定更新 申請書

生活保護法第49条(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(更新)を申請します。

名 称	(フリガナ)		医療機関コード									
所 在 地	〒 -											
開設者の氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載）	(フリガナ)											
管理者の氏名	(フリガナ)											
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				
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）											
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事項	該当しない場合は☑を入れてください。 (必ず別紙の指定欠格事由を確認の上、チェックを入れてください。)								(チェック欄) ☐			
希望する指定期間	年 月 日 ～ 年 月 日 （新規の場合のみ記載）											

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

枚 方 市 長 様 住所 〒 -

申請者（開設者）

電話（ ） -

氏名

注意事項

- 1 この書類は枚方市福祉事務所に提出してください。
- 2 貴機関等が指定された場合には、枚方市掲示板により告示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期限の満了日までに、申請に対する通知がなされないときには、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、そのいずれかを○で囲んでください。
- 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を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載してください。
- 5 「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、「診療科名」は記載の必要はありません。
- 6 「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。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
- 7 「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。
- 8 申請者（開設者）の署名は、法人の場合は、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。