

(様式第1号)

記入例

生活保護法等指定 医療機関 指定・指定更新 申請書

指定を○で囲んでください。

記入日 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

神奈川県知事 殿

生活保護法第49条による指定、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条第4項による指定について、次のとおり申請します。

業務の種類 ※右に○をつけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 / <input type="checkbox"/> 歯科 / <input type="checkbox"/> 薬局 / <input type="checkbox"/> 訪問看護										
名称	(フリガナ) 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 TEL (222) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		〇〇市〇〇〇町1-2-3								
開設者の氏名、生年月日及び住所 ※法人の場合は「氏名」欄に ・法人の名称 ・代表者の職・氏名 「住所」欄に ・主たる事務所の所在地を記載してください。	氏名	(フリガナ) イリョウホウジン△△△カイ リジチョウ △△ 医療法人△△△会 理事長 △△ △△									
	生年月日	年 月 日 ※法人の場合、記載不要									
住所	〒 333 - 3333 △△市△△区△△△△4-5-6										
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) 〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和63 年 1 月 1 日						
	住所	〒 444 - 4444 〇〇市〇〇町7-8-9									
健康保険法による指定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 指定申請中			有効期間	令和元 年 5 月 1 日から 令和7 年 4 月 30 日まで						
個人開設の勤務医	勤務医について、該当するものにレ点をつけてください。 ※開設者のみ、開設者とその親族のみのときは次回更新手続きが不要になります。(生活保護法第49条の3) 開設者のみ <input type="checkbox"/> / 開設者と親族のみ <input type="checkbox"/> / 親族以外も含まれる <input type="checkbox"/>										
やむを得ず指定日を遡る必要がある場合*	(理由)										
*生活保護法等による指定年月日は、やむを得ない理由の記載がない場合、「健康保険法による指定年月日」以降の「神奈川県」又は「所在地を管轄する福祉事務所」の受付年月日になりますので、ご注意ください。なお、開設者交代等患者が引き続いて診療を受ける場合は、自動的に「健康保険法による指定年月日」を生活保護法等による指定年月日とします。											
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)										

法人の場合は、法人名及び代表者の職・氏名をご記入ください。

法人の場合は、主たる事務所の所在地をご記入ください。

健康保険法による指定の有効期間をご記入ください。

個人開設の医療機関の場合、該当するものにレ点をご記入ください。

法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職・氏名をご記入ください。

開設者(申請者)

※法人にあつては主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職・氏名

住所

〒 **333 - 3333** TEL (**555**) **555 - 5555**

△△市△△区△△△△4-5-6

氏名

医療法人△△△会 理事長 △△ △△

(印不要)