

(県所管用)

# 記入例

## 生活保護法等指定 助産機関・施術機関 指定 申請書

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55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。

氏名	(フリガナ) ●●● ●● ●●● ●●
生年月日	平成2 年 3 月 4 日
住所	〒 111 - 1111 2222 〇〇市〇〇〇町1-2-3
開設している(勤務している)助産所又は施術所の名称	(フリガナ) △△セイコツイン △△整骨院
開設している(勤務している)助産所又は施術所の所在地	〒 333 - 3333 Tel ( ) □□市□□町7-8-9
業務の種類 ※右に○をつけてください。	助産 / あん摩マッサージ指圧 / 柔道整復 / はり・きゅう
加入団体の有無	※次のうち、神奈川県が契約している団体に加入している方は、該当する団体名にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 神奈川県鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人 神奈川県鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 全国鍼灸マッサージ協会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人 神奈川県柔道整復師会
やむを得ず指定日を遡る必要がある場合*	年 月 日 (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、「神奈川県」又は「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。

助産師または施術者の住所をご記入ください。

施術所勤務ではなく、出張専門で業務を行っている場合は、「出張専門」とご記入ください。

施術所勤務ではなく、出張専門で業務を行っている場合は、記入不要です。

助産師または施術者の住所・氏名をご記入ください。

助産師 又は 施術者 (申請者)

住所 〒 111 - 1111  
〇〇市〇〇〇町1-2-3

氏名 ●●● ●●

(印不要)