

記入例

生活保護法等指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

生活保護法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者の自立の支援に関する法律に規定される指定医療機関の指定を1つの医療機関で医科、歯科のそれぞれで指定を受けている場合は、申請書を医科で1部、歯科で1部作成してください。

名 称	(フリガナ) マルマルシンリョウシヨ 〇〇診療所	医療機関コード	7 9 9 0 0 0 0
所在地	〒 420 - 8601 静岡県葵区追手町9番6号 TEL(054) 221 - 2455		
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	(フリガナ) イリョウホウジンシャダン マルマルカイ リジチョウ シズオカ タロウ 医療法人社団 〇〇会 理事長 静岡 太郎	開設者が法人の場合には、生年月日について記載の必要はありません。	
	年 月 日		
(住所)	〒 420 - 8601 静岡県葵区追手町9番6号		
管理者の氏名、生年月日及び住所	(フリガナ) シズオカ タロウ 静岡 太郎	生年月日	S40 年 1 月 1 日
	住所	〒 420 - 8601 静岡県葵区追手町9番6号	
診療科名	内科 アレルギー科		薬局の場合には、記載の必要はありません。
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 指定申請中	有効期間	H21 年 11 月 1 日から H27 年 10 月 31 日まで
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 指定申請中	年	保険医療機関の有効期間は、必ずご記入ください。
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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師、薬剤師の氏名を記載してください。	氏 名 静岡 次郎
		開設者が法人の場合には「無」を○で囲んでください。 開設者が個人の場合には「有」を○で囲み、開設者以外に、開設者同一世帯の配偶者・直系血族・兄弟姉妹である医師・歯科医師・薬剤師が従事している場合は、開設者以外の従事者の氏名を記入してください。	
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)		
指 定 希 望 日	年 月 日		

平成 26 年 10 月 1 日

(あて先)

静岡県知事

申請者(開設者)

〒 420 - 8601
住所 静岡県葵区追手町9番6号

TEL(054) 221 - 2455

氏 名 医療法人社団 〇〇会 理事長 静岡 太郎 印

開設者が法人の場合は、法人の代表者印(または法人名の印と代表者の認め印)を押印してください。
個人の場合は、認印を押印してください。